



Outi Karppanen
Susanna Kesäläinen

Hyvä syntymä, hyvä synnytyskokemus

Kätilötyön interventioiden ja muiden tekijöiden
yhteys synnytyskokemukseen

Metropolia Ammattikorkeakoulu
Kätilö
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
24.11.2010

Tekijä(t) Otsikko Sivumäärä Aika	Outi Karppanen ja Susanna Kesäläinen Hyvä syntymä, hyvä synnytyskokemus. Kätilötyön interventtioiden ja muiden tekijöiden yhteys synnyttäjän synnytyskokemukseen. 58 sivua + 3 liitettä 10.11.2010
Tutkinto	Kätilö
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Kätilötyön suuntautumisvaihtoehto
Ohjaaja(t)	Yliopettaja Riitta Paavilainen
<p>Opinnäytetyömme tarkoitus oli tuottaa kirjallisuuskatsauksen avulla tietoa hyödynnettäväksi käytännön kätilötyössä. Opinnäytetyössä kuvataan normaalin synnytyksen määritelmää ja kulkua, kätilötyön sisältöä, kätilötyön interventioita, jaettua päätöksentekoa, synnyttämistä nykyisin sekä synnytyskokemuksen teoriaa.</p> <p>Opinnäytetyömme on osa Hyvä syntymä -hanketta. Hankkeen tavoitteena on kehittää käytännön kätilötyötä.</p> <p>Myönteinen synnytyskokemus on voimavara, joka kantaa pitkälle naisen elämässä ja vaikuttaa edistävästi perheen ja vastasyntyneen hyvinvointiin. Synnytyskokemuksen huomiointi on osa kätilötyötä.</p> <p>Aineisto kerättiin sovelletun systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla tietokannoista Cinahl ja Medic. Lisäksi aineistoa haettiin manuaalisesti. Valitun aineiston analysoitiin induktiivisen sisällönanalyysin mukaan.</p> <p>Synnytyskokemukseen yhteydessä olevat tekijät liittyvät synnyttäjän taustatekijöihin, kätilön henkilökohtaisiin ominaisuuksiin, kätilötyön keinoihin, synnyttäjän hallinnantunteen vahvistamiseen, hyvään synnytyksen hoitoon ja ympäristöön. Kulmakiviä myönteisen synnytyskokemuksen mahdollistamisessa ovat synnyttäjän saama sosiaalinen ja konkreettinen tuki, hallinnantunteen vahvistaminen, tiedonsaanti, jaettu päätöksenteko ja toimenpiteiden suorittaminen vain lääketieteellisin perustein. Kokonaisvaltaiseen synnytyksen hoitoon kuuluu synnyttäjän kunnioittaminen, yksityisyyden huomiointi ja asianmukainen, synnyttäjän toiveisiin perustuva kivunlievitys. On tärkeää luoda hyväksyvä ilmapiiri tunteiden ilmaisulle.</p> <p>Keinot synnytyskokemuksen parempaan huomiointiin kuuluvat jo luonnostaan osaksi hyvää, eettisesti kestäväää synnyttävän naisen kätilötyötä. Vahvan ammattitaidon lisäksi kätilön on kyettävä voimaannuttamaan synnyttäjä osalliseksi synnytysprosessiin. Medikalisoituminen näkyy myös synnytyskokemuksen huomioimisessa jokapäiväisessä kätilötyössä: parantamisen varaa on. Sairaalan hoitokäytänteiden ei pidä sanella synnytyksen kulkua.</p> <p>Opinnäytetyön tuloksia hyödynnetään pitämällä oppitunti kätilöryhmälle. Lisäksi opinnäytetyön pohjalta on tarkoitus kirjoittaa artikkeli Kätilölehteen.</p>	
Avainsanat	synnytyskokemus, synnytys, kätilötyö, interventiot, hyvä syntymä

Author(s) Title	Outi Karppanen and Susanna Kesäläinen Positive Birth, Positive Childbirth Experience. The Connection Between Midwifery Interventions and Other Factors and Parturient's Childbirth Experience.
Number of Pages Date	58 pages + 3 appendices 10 November 2010
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation	Midwifery
Instructor(s)	Principal Lecturer Riitta Paavilainen
<p>The purpose of our final project was to produce knowledge via a literature review to be used in clinical midwifery. In this study, the definition and course of normal birth, contents of midwifery, midwifery interventions, shared decisionmaking, giving birth today and the theory of childbirth experience are described.</p> <p>Our final project is part of a wider project called Good Birth (in Finnish Hyvä syntymä). The objective of the project is to improve clinical midwifery.</p> <p>The positive childbirth experience is a resource affecting the woman's life and enhancing the welfare of the family and the newborn. Paying attention to the childbirth experience is a part of midwifery.</p> <p>The data were gathered with the help of an applied systematic review from Cinahl and Medic databases. In addition, a manual search was done. The chosen material was with inductive analysis.</p> <p>The factors related to the childbirth experience were related to anamnesis of the parturient, personal features of the midwife, means of midwifery, reinforcing the feeling of control, advisable care of childbirth and the environment. The cornerstones in enabling the positive childbirth experience are social and concrete support received by the parturient, reinforcing the parturient's feeling of control, receiving information, shared decisionmaking and interventions carried out only when they are medically necessary. A holistic care of childbirth includes respecting the parturient, paying attention to parturient's privacy and appropriate pain relief according to parturient's preferences. It's important to create an approving atmosphere for the expression of feelings.</p> <p>The means to pay better attention to childbirth experience are inherently a part of an advisable, ethically sustainable midwifery of a birthing woman. In addition to the strong professional ability midwife is competent at empowering the parturient to participate in the birthing process. Medicalization can also be seen in paying attention to the childbirth experience in everyday midwifery: improvement is needed. Caring policies of the hospital are not supposed to dictate the course of childbirth.</p> <p>The results of this final project will be utilized by performing a lesson for midwifery students. In addition, an article based on this final project is meant to be written and published in Kättilölehti.</p>	
Keywords	childbirth experience, childbirth, birth, midwifery, interventions, positive birth

Sisälllys

1 Johdanto	1
2 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymys	2
3 Tietoperusta	3
3.1 Normaali alatiesynnytys	3
3.2 Synnytyskipu kuuluu synnytykseen	7
3.3 Mitä kätilötyö on?	10
3.4 Kätilötyön interventiot synnytyksen hoidossa	12
3.5 Jaettu päätöksenteko	15
3.6 Synnyttämisen nyky-yhteiskunnassa	16
3.7 Synnytyskokemuksen teoriaa	17
4 Sovellettu systemaattinen kirjallisuuskatsaus	20
4.1 Menetelmä	20
4.2 Aineiston hakeminen ja valintaprosessi	21
4.3 Aineiston kuvailu ja analysointi	22
5 Synnytyskokemukseen yhteydessä olevat tekijät	24
5.1 Synnyttäjän taustatiedot	24
5.1.1 Synnyttäjän taustatekijät	24
5.1.2 Synnyttäjän persoona	26
5.2 Kätilön henkilökohtaiset ominaisuudet	27
5.2.1 Kätilön persoona	27
5.2.2 Kätilön käyttäytyminen	28
5.2.3 Kätilön ammattitaito	28
5.3 Kätilötyön keinot	29
5.3.1 Synnyttäjän huomioiminen ja osallistaminen	29
5.3.2 Synnyttäjän tukeminen	30
5.3.3 Synnyttäjän kivun lievittäminen	32
5.3.4 Synnyttäjän ohjaaminen	34
5.4 Hyvä synnytyksen hoito	38
5.4.1 Kokonaisvaltainen hoito	38
5.4.2 Toimenpiteiden välttäminen	41
5.5 Hallinnantunteen vahvistaminen	43
5.5.1 Asiantuntija-aseman käyttö	43
5.5.2 Tiedon antaminen	45
5.5.3 Päätöksentekoon osallistaminen	46
5.6 Synnytysympäristö	50
5.6.1 Fyysinen ympäristö	50
5.6.2 Ilmapiiri	50
5.7 Yhteenveto	51
6 Pohdinta	53
Lähteet	55
Liitteet	
Liite 1. Tiedonhakutaulukko	
Liite 2. Artikkelitaulukko	
Liite 3. Luokittelutaulukko	

1 Johdanto

Synnytysten medikalisoituminen eli toimenpiteiden lisääntyminen synnytyksen hoidossa myös matalan riskin synnyttäjillä herättää huolta alan ammattilaisissa ja asiantuntijoissa. Suomen Kätilöliitto on julkaissut kannanoton luonnollisten synnytysten (siis mahdollisimman vähäisen interventoiden määrän synnytyksen aikana) puolesta huolestuttuaan synnytyksen medikalisaatiosta. (Suomen Kätilöliitto 2008.) Myös Sosiaali- ja terveysministeriön laatimassa Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelmassa vuosille 2007-2011 (2007) on huomattu synnytystoimenpiteiden lisääntyminen ja niin kutsuttujen matalan riskin synnyttäjien hoitosuosituksen puuttuminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007.)

Valtaosa suomalaisista lapsista syntyy sairaalassa. Kätilö hoitaa itsenäisesti säännöllisen synnytyksen ja konsultoi tarvittaessa lääkäriä. Suunniteltuja kotisynnytyksiä on Suomessa vuosittain vain noin 20. Vuonna 2005 tehtiin keisarileikkauksia 16,1 %:lle synnyttäjistä. Suunniteltuja keisarileikkauksia oli samana vuonna 7,3 % kaikista tehdystä keisarileikkauksista. Elektiivisten keisarileikkausten määrä on lisääntynyt prosenttiyksiköllä viimeisen kymmenen vuoden aikana. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007.)

Lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä epiduraalipuudutus on nykyisin otettu laajaan käyttöön, josta suora seuraus normaalisynnytyksessäkin on teknologian ja lääkityksen lisääntyminen (Miettinen 2009: 21). Epiduraalipuudutus yleensä poistaa synnytyskivun, mutta samalla se vie synnyttäjältä mahdollisuuden aktiiviseen osallistumiseen synnytykseensä (Odent 1986: 103). Epiduraalipuudutus voi myös johtaa sarjaan toimenpiteitä, sillä epiduraali pidentää synnytyksen kestoa, usein edellyttää synnytyksen jouduttamiseksi oksitosiini-infuusiota ja edellyttää jatkuvaa sikiön seurantaa. Myös keisarileikkauksen tai imukuppiulosauton riskit kasvavat, sillä luonnollisen ponnistustarpeen tunto häviää lantionalueen puutumisen myötä. (Kitzinger 2008: 320-321.)

Koulutettujen ja ammattitaitoisten kätilöiden tietoon perustuvaan ja empaattiseen työskentelyyn kuuluu synnyttäjien ja tukihenkilöiden jatkuva informointi koko synnytyksen ajan hyvässä vuorovaikutussuhteessa, synnyttäjän voimaannuttaminen ja kätilön vastuullisuus. Yhteisen päätöksenteon tavoitteena on mahdollisimman vähän kaivoja interventiota synnytyksen aikana. Kätilötyön keskeistä osaamisaluetta on yksilöl-

linen kohtaaminen, läsnäolo ja hienovaraiset, ensisijaisesti kajoamattomat interventiot synnyttäjän tahdon ja suunnitelman mukaan. Kätilötyöllä on suuri vaikutus synnyttäjän ja sikiön hyvinvoinnille ja vielä suurempi merkitys synnyttäjän synnytyskokemukseen ja äitiyteen. Tavoitteenamme tulevina kätilöinä on tarjota sekä synnyttäjälle että syntyvälle lapselle hyvä synnytyskokemus.

Opinnäytetyömme on osa Hyvä syntymä -hanketta, jonka tavoitteena on kehittää synnytyksen hoitoa. Hankkeen yhteistyökumppaneita ovat Metropolia ammattikorkeakoulu, terveys- ja hoitoala, sekä muun muassa Hyvinkään sairaala. Hankkeen tavoitteena on edistää synnyttävän naisen lisääntymis- ja seksuaaliterveyttä naisen omia voimavaroja tukevalla syntymän hoitotyöllä. Hankkeen tarkoituksena on kehittää matalan riskin synnytyksen hoitoon suunnattu, kätilön itsenäiseen työhön liittyvä synnyttäjän ja hänen kumppaninsa kokonaisvaltaisen tukemisen interventio. (Paavilainen 2009.)

2 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymys

Opinnäytetyömme tarkoitus on tuottaa kirjallisuuskatsaus normaalin alatiesynnytyksen aikaisten kätilön suorittamien interventioiden ja muiden tekijöiden yhteydestä naisen synnytyskokemukseen. Kirjallisuuskatsauksella koottua tietoa voidaan hyödyntää Hyvä syntymä -hankkeessa.

Tavoitteenamme on opinnäytetyön avulla tuottaa tietoa käytännön kätilötyön jatkuvaan kehitysprosessiin. Henkilökohtaisena tavoitteena on syventää kätilötyön osaamista tämän opinnäytetyön kautta perehtymällä lähdeaineistoon ja saada lisää eväitä käytännön kätilötyön harjoittamiseen mahdollisimman asiakaslähtöisellä ja voimavaraistavalla tavalla.

Opinnäytetyössä vastaamme kysymykseen: Mitkä kätilön tekemät interventiot ja muut tekijät ovat yhteydessä synnyttäjän kokemukseen hyvästä syntymästä?

3 Tietoperusta

3.1 Normaali alatiesynnytys

Käsitettä normaali synnytys ei oikeastaan kyetä määrittelemään muuten kuin teknisten interventioiden puutteella (Downe – McCourt 2004: 3). WHO:n mukaan synnytys on säännöllinen, kun se alkaa spontaanisti, siihen ei liity ennalta tiedettyjä riskejä, se etenee matalan riskin synnytyksenä ja lapsi syntyy 37.-42. raskausviikolla. Lapsen syntymän jälkeen äiti ja lapsi ovat hyväkuntoisia. (Lawrence Beech – Phipps 2004: 61; McCormick 2009: 459; Raussi-Lehto 2007: 209.)

Spontaanisti alkanut alatiesynnytys tarkoittaa samaa kuin normaali alatiesynnytys. Normaali synnytys tarkoittaa fysiologista, vaginaalista synnytystä, jossa käytetään hyvin vähän tai ei lainkaan interventioita eikä sen kulkuun tarvitse puuttua (Lawrence Beech – Phipps 2004: 61; Sariola – Haukkamaa 2004: 325). Synnytys voi alkaa supistuksilla tai lapsivedenmenolla ilman supistuksia (Sariola – Haukkamaa 2004: 325). Synnytyksen kesto on yksilöllinen (McCormick 2009: 461). Alatiesynnytyksen kriteereinä ovat äidin riittävän tilava lantio ja lapsen sopusuhtaisuus lantioon nähden. Alatiesynnytys on luonnollisin synnytystapa vastasyntyneen ja synnyttäjän toipumisen kannalta. (Ihme – Rainto 2008: 109.)

AIMS (Association for Improvements in Maternity Services) suosittelee synnytyksen jakamista kolmeen kategoriaan: operatiiviseen tai instrumentaaliseen synnytykseen, obسترiseen synnytykseen ja normaalisyntytykseen. Operatiivinen synnytys sisältäisi tässä tapauksessa keisarileikkaukset ja imukuppisyntytykset, obstrinen synnytys sisältää vaginaaliset synnytykset, joissa on käytetty lääkkeellistä kivunlievitystä, puhkaistu kalvot, käynnistetty tai vauhditettu lääkkein synnytyksen edistymistä tai tehty episiotomia. (Lawrence Beech – Phipps 2004: 62.)

Synnytys voidaan kokonaisuudessaan todeta säännölliseksi vasta jälkikäteen (Raussi-Lehto 2007: 207). Synnytyksen normaaliin kulkuun saattaa tulla erilaisia häiriöitä (Aho-nen 2001: 23). Kun jotakin normaalista poikkeavaa tapahtuu, synnytys muuttuu epä-säännölliseksi (Haapio – Koski – Koski – Paavilainen 2009: 127). Sairaalassa vastuu synnyttäjän ja syntyvän lapsen turvallisuudesta kuuluu asiantuntijoille (Liukkonen – Heiskanen – Lahti – Saarikoski 1998: 41). On elintärkeää, että ne äidit ja vauvat, joilla

on ongelmia, tunnistetaan ja he saavat tarpeellisen hoidon. Ongelmien tunnistaminen ja hoito ei kuitenkaan poissulje synnytyskokemuksen tunnistamista ja huomiointia. (Lawrence Beech – Phipps 2004: 68.)

Turvallisuuden maksimointi nykyisin menetelmin on tuonut mukana myös haittoja ja hyöty-haitta-suhde olisikin tarkoin punnittava ennen jokaista synnytyksen luonnolliseen kulkuun puuttuvaa interventiota. Normaalisyntytyksessä ei näyttäisi yleisestä käytöstä huolimatta olevan mitään perusteltua syytä sellaisiin käytänteisiin kuin synnyttäjän makuuttaminen tai kalvojen puhkaisu. (Miettinen-Jaakkola 1992: 72-73.)

Kun nainen tulee synnyttämään, tilanteen määrittely edellyttää kättilöltä yleis-, ulko- ja sisätutkimuksen tekemistä (McCormick 2009: 467; Raussi-Lehto 2007: 225). Sisätutkimuksella saadaan monipuolista tietoa synnytyksen etenemisestä ja sen luotettavuutta lisää, jos tutkimuksen tekee koko synnytyksen ajan sama kättilö (Raussi-Lehto 2007: 228). Tutkimustuloksista on myös tiedotettava. (Raussi-Lehto 2007: 225.) Synnytyksen kulku jaetaan kolmeen vaiheeseen, jotka ovat avautumisvaihe, ponnistusvaihe ja jälkeisvaihe (Ihme – Rainto 2008: 110; McCormick 2009: 459; Sariola – Haukkamaa 2004: 327).

Avautumisvaihe alkaa supistusten myötä häviävästä kohdunkaulasta päättyen siihen, että kohdunsuu on 10 senttiä auki (Ihme – Rainto 2008: 110; Sariola – Haukkamaa 2004: 327). Avautumisvaihe on kestoltaan pisin (McCormick 2009: 459; Sariola – Haukkamaa 2004: 327). Sikiön tarjonta vaikuttaa ratkaisevasti siihen lantiossa olevaan tilaan, mikä vaaditaan, jotta alatiesynnytys olisi mahdollista (Raussi-Lehto 2007: 221). Tärkeimmät seurattavat asiat ovat kohdunsuun avautuminen ja tarjoutuvan osan laskeutuminen synnytyskanavassa (Ahonen 2001: 22; Rautaparta 2003: 64). Sikiön tarjontaa tutkitaan lakisaumaa ja aukileita emättimen kautta tunnustelemalla. Poikkeavia päätarjontoja, joissa normaali alatiesynnytys ei ole mahdollista, ovat otsa- ja kasvotarjonta, toisinaan myös lakitarjonta tai eturaivotarjonta. Nämä voidaan havaita vasta synnytyksen avautumisvaiheen aikana. (McCormick 2009: 470; Sariola – Haukkamaa 2004: 328; Uotila – Tuimala 2004: 483.)

Verenpaine ja pulssi mitataan synnyttäjän saapuessa sairaalaan ja toistetaan WHO:n ohjeen mukaan neljän tunnin välein koko synnytyksen ajan tai useammin, jos verenpaine on tavallista korkeampi. Myös synnyttäjän lämpö mitataan heti tullessa. (McCor-

mick 2009: 486; Raussi-Lehto 2007: 236.) Supistusten tarkkailu on tärkeä osa synnyttäjän avautumisvaiheen aikaista tarkkailua, koska supistukset vaikuttavat kohdun verenkiertoon (McCormick 2009: 487; Raussi-Lehto 2007: 237). Lapsiveden laatua seurataan tarkasti synnytyksen aikana (Raussi-Lehto 2007: 237). Synnytyskivun seuranta ja hoito ovat myös olennainen osa avautumisvaiheen kätilötyötä. (Raussi-Lehto 2007: 237.)

Valtaosassa (90 %) synnytyksiä sikiön tilaa seurataan ulkoisen tai kohdunsisäisen kardiokografian eli ktg:n avulla. Ktg:llä kuunnellaan sikiön sydänääniä ja rekisteröidään sydämen sykettä. Sikiön voinnin seurannan tavoitteena on varmistaa sikiön hyvinvointi synnytyksen aikana ja vähentää tarpeetonta puuttumista synnytyksen kulkuun. Ensimmäisesti voinnista kertoo sikiön sydämen syke, liikkeet ja lapsiveden väri. Avautumisvaiheessa sydänääniä kuunnellaan ktg:llä jaksottaisesti 15 minuutin-2 tunnin välein ja ponnistusvaiheessa joka supistuksen jälkeen. Viime vuosikymmenten aikana länsimaissa lisääntynyt elektroninen sydänäänivalvonta on vähentänyt perinataalmortaliteettia puolella mutta silti merkittävästä hapenpuutteesta kärsivien vastasyntyneiden määrä ei ole vähentynyt. Ktg-käyrän tulkinta on subjektiivista. (Keski-Nisula 2000: 473-474.)

Rauhallinen ympäristö voi helpottaa synnyttäjän siirtymistä omaan sisäiseen maailmaansa: hänen on saatava keskittyä ja kuunnella ruumistaan. (Odent 1986: 43.) Tätä synnyttäjälle tyypillistä olotilaa kutsutaan synnytysregressioksi tai -transsiksi tai vaitonvaraisuudeksi. Supistusten tihentyessä synnyttäjä kääntyy sisäänpäin, käy vähäpuheisemmaksi, aistit herkistyvät äärimilleen. Kovat äänet tai yllättävä kosketus saattavat tuntua sietämättömiltä ja lisätä synnyttäjän kivun kokemista. (Rautaparta 2003: 62.) Synnyttäjä on äärimmäisen tietoinen ympäristöstään, vaikka näyttää sulkeutuneen ulottumattomiin. Hän tarvitsee paljon läheisyyttä, hellyyttä ja hyvän "palvelijan". (Rautaparta 2003: 74.)

Joskus avautumisvaihe pysähtyy synnyttäjän uupumuksen takia tai kohtu tai sikiö tarvitsee lepotauon. Jos sikiön vointi on hyvä eikä synnyttäjä ole uupunut, on tarkoituksenmukaista vain saada synnyttäjä rentoutumaan ja siten avautuminen jatkumaan tauon jälkeen. Joskus avautumisvaihetta edistetään kalvojen puhkaisulla. (Rautaparta 2003: 73-74.)

Ponnistusvaiheen lähestyessä synnyttäjän adrenaliinin erityys lisääntyy ja synnyttäjän keho valmistautuu aktiiviseen lapsen ulos työntämiseen (Rautaparta 2003: 76). Ponnistusvaihe alkaa, kun sikiön pää on laskeutunut lantion pohjalle ja kohdunsuu on täysin auki. Sikiön pää näkyy häpyhuulia raotettaessa ja äidille tulee voimakas ponnistamisen tarve. (Chapman 2004: 16; Downe 2009: 510; Ihme – Rainto 2008: 110, 114; Sariola – Haukkamaa 2004: 329.) Voimakas tarve ponnistaa on spontaani ja voi tulla jo ennen kuin kohdunsuu on täysin auki (Chapman 2004: 16; Downe 2009: 510, 511). Kättilö pyrkii ponnistusvaiheessa tukemaan välilihaa. Hän myös auttaa lapsen hartiat ulos vuorotellen, jonka jälkeen lapsen loppuvartalo syntyy yleensä helposti kainaloista vetämällä. (Sariola – Haukkamaa 2004: 330.)

Suomessa ponnistusvaiheen hoito perustuu synnyttäjän aktiiviseen omaan ponnistamiseen. Kättilön tuella ja ohjauksella on merkitystä synnyttäjän aktiivisessa mukanaolossa ponnistettaessa. (Ahonen 2001: 22.) Tutkimukset eivät tue aikarajojen asettamista ponnistusvaiheen kestolle (Chapman 2004: 16). Tilanteissa, joissa synnyttäjällä tai sikiöllä ei ole varsinaista hengenhätää, pitkittyneen ponnistusvaiheen päättäminen instrumentaaliseen synnytykseen voi johtaa äidin ja vauvan sairastuvuuden kasvuun eikä paranna lopputulosta. (Chapman 2004: 16.)

Välilihan aluetta voidaan ponnistusvaiheessa pehmittää kuumilla, kosteilla pyyhkeillä tai tukea kädellä, jolloin kudokset ehtivät venyä ja mukautua lapsen pään syntymiseen. Välilihan leikkaus eli episiotomia on aiemmin ollut sairaaloissa lähes rutiinia erityisesti ensisynnyttäjien kohdalla, mutta nykyään tutkimustulosten vaikutuksesta käytäntö on pääosin muuttunut. Pienet repeämät paranevat nopeammin kuin episiotomiahaava. (Rautaparta 2003: 81-82.)

Synnytyksen kolmas vaihe alkaa lapsen syntymästä ja päättyy istukan ja kalvojen syntymiseen (Ihme – Rainto 2008: 110; McDonald 2009: 532; Raussi-Lehto 2007: 262-263). Lapsen syntymän jälkeen kohtu jatkaa supistuksia, joiden seurauksena istukka jälkeisineen syntyy. Aikaa kuluu muutamasta minuutista tuntiin. (Ihme – Rainto 2008: 118; McDonald 2009: 532; Miettinen-Jaakkola 1992: 41.) Jälkeisten syntymistä voidaan auttaa vetämällä napanuorasta ja painamalla kohdun päältä (Chapman 2004: 19; McDonald 2009: 540; Soiva 1977: 90). Istukan irtoamista voidaan helpottaa, kun synnyttaja tyhjentää virtsarakon tai on etukumarassa tai kyykkyasennossa (Miettinen-Jaakkola 1992: 43).

Jälkeisvaiheessa ei tulisi tehdä toimenpiteitä, vaan odottaa jälkeisten luonnollista syntymistä synnyttäjän vointia ja verenvuotoa tarkkaillen (Chapman 2004: 19). Mikäli synnyttäjä ei vuoda, istukan syntymistä voidaan odotella rauhassa (Raussi-Lehto 2007: 262-263). Luonnollista, keskimääräistä istukan irtoamisaikaa ei tiedetä, koska pitkään on rutiinisti käytetty kohtua supistavia lääkkeitä (Miettinen-Jaakkola 1992: 41). Kuitenkin viimeistään tunnin kuluttua lapsen syntymästä aloitetaan aktiivinen jälkeisten ulosauttaminen (Raussi-Lehto 2007: 262-263).

Jälkeisten syntymiseen liittyy aina noin 500 millilitran verenvuoto, mikä on normaalia. Synnyttäjän elimistö on varautunut tähän verenvuotoon kasvattamalla raskauden aikana verivolyyymia. Synnyttäjälle voidaan antaa oksitosiinia lihakseen tai suoneen, jotta kohtu supistuu, istukka irtoaa nopeammin ja verenvuoto on vähäisempää. (Sariola – Haukkamaa 2004: 330.) Käytännössä synnyttäjälle annetaan Suomessa aina oksitosiinia kohdun supistumiseen ja istukan irtoamisen nopeuttamiseksi.

3.2 Synnytyskipu kuuluu synnytykseen

Keskushermoston kipuradat säätelevät ärsykkeen etenemistä ja niiden vastaanottoa. Elimistö ei pysty hallitsemaan kaikkia ärsykejä vaan ne kilpailevat keskenään. Myönteisten ärsykkeiden, kuten lämmön, kosketuksen, levon, rentoutumisen, hieronnan ja intensiivisen keskittymisen aikaansaamat vaikutukset etenevät paksuja, nopeita säikeitä pitkin vähentäen kipusignaalien määrää. Kipuaistimus puolestaan kulkee hitaita, ohuita säikeitä myöten, jolloin sen kulku viivästyy. Silloin, kun elimistö saa riittävästi myönteisiä ärsykejä, kipuärsyke ei pääse keskushermostoon saakka. (Kalso – Kontinen 2009: 77-78, 88-91; Liukkonen ym. 1998: 25-26.)

Tutkimusten mukaan suomalaisista synnyttäjistä 70 % kokee kohtalaista tai kovaa synnytyskipua. Lähes kaikki synnyttäjät pitävät synnytystä jossakin määrin kivuliaana. (Sariola – Haukkamaa 2004: 332; Liukkonen ym. 1998: 27.) Kaikki synnyttäjät eivät halua lääkkeellistä kivunlievitystä synnytyskivun hoidoksi, vaan toivovat oman kivunhallintansa tukemiseen mieluummin vaihtoehtoisia menetelmiä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007). Nykyaikaiseen synnytyksen hoitoon kuuluu mahdollisuus tehokkaisiin kivunlievityksiin. Synnyttäjä osallistuu aktiivisesti synnytyksen kulkuun. Synnyttäjän toiveita ja näkemyksiä pyritään kunnioittamaan unohtamatta kummankaan osapuolen, synnyttäjän ja syntyvän lapsen, lääketieteellistä turvallisuutta. (Sariola – Haukkamaa

2004: 325; Saarikoski 1992: 185.) Eräissä suomalaisessa tutkimuksessa todetaan, että aiemmin koettu synnytyskipu tai kipukokemus yleisesti, vanhempi ikä ja korkeampi koulutustausta nostavat kokijansa kipukynnystä (Saisto 2001: 10).

Voimakas synnytyskipu vähentää huomattavasti synnyttäjän toimintakykyä (Liukkonen ym. 1998: 28). Synnytyskipun kokeminen on vahvasti psyykinen reaktio, jota ei voi mitata objektiivisesti. Ulkopuolisen arvio kivusta on aina kokijan omaa tuntemusta lievempi. (Liukkonen ym. 1998: 27.) Synnytyskipuun – kuten yleensä kivun kokemiseen – vaikuttavat monet tekijät: se on emotionaalista ja fysiologista. Synnytyskipuun vaikuttavia tekijöitä ovat myös synnyttäjän saama tuki, minkä verran hänellä on ollut mahdollisuuksia itse valita ja vaikuttaa synnytyksen kulkuun erityisesti kiireettömissä tilanteissa sekä se, millainen hallinnantunne synnyttäjällä on synnytyksen aikana. (Yerby 2000: 57.) Mitä enemmän synnyttäjä kokee kipua tai mitä riittämättömämmin synnyttäjän kipua hoidetaan – tai jos synnytys päättyy hätäsektioon – sitä pettyneempi synnyttäjä on kokemukseensa (Saisto 2001: 46).

Luonnonmukaisessa synnytyksessä tarkoitus ei ole poistaa kipua, vaan saada aikaan psykofyysinen yhteistyö oman kehon kanssa (Miettinen-Jaakkola 1992: 46). Luonnonmukaisen syntymän valitseminen on synnyttäjältä lähtöisin. Vastuun ottaminen vaatii synnyttäjältä tietoa ja itseluottamusta. (Miettinen-Jaakkola 1992: 22.) Luonnonmukainen synnytys vaatii synnyttäjältä itseltään yleensä aina aktiivista valmistautumista (Miettinen-Jaakkola 1992: 11). Kivunlievitysmenetelminä käytetään muita keinoja: asentoa, lämpöä, hierontaa, ympäristön rauhoittamista, meditaatiota ja musiikkia (Miettinen 2009: 21; Saarikoski 1992: 136-137). Luonnonmukaisuus on tullut niin sanotun virallisen synnytyskulttuurin kehityssuunnaksi ja tavoitteeksi viimeisten kymmenen vuoden aikana ympäri Eurooppaa. Myös WHO tukee tätä suuntausta ja suosittaa yksinkertaista teknologiaa ja minimimäärää interventioita ja lääkitystä vain ongelmatilanteissa. (Miettinen 2009: 21.)

Avautumisvaiheen synnytyskipu valmistaa synnyttäjää ja sikiötä synnytyksen myöhemmille vaiheille. Synnyttäjälle on syytä korostaa, että supistuskipua ei kannata heti sammuttaa lääketieteellisin keinoin. (Haapio ym. 2009: 121.) Normaali synnytyskipu merkitsee synnytyksen etenemistä. Kivun kokemista lisää synnyttäjän pelko ja turvatomuuden tuntu. Kun synnyttäjä on pelokas, hän hengittää katkonaisesti ja pidättää hengitystään sekä jännittää turhaan lihaksiaan. (Sariola – Haukkamaa 2004: 332.) Tie-

to vähentää synnyttäjän stressiä, pelkoa ja ahdistusta ja siten ehkäisee synnytyskipua (Liukkonen ym. 1998: 19).

Synnytyskipu on synnyttäjän fyysisen ruumiin luovan aktiivisuuden oheistuote, eivätkä supistus ja kipu ole synonyymejä keskenään (Kitzinger 2008: 308). Synnyttäjän on hyvä tiedostaa, että synnyttäminen on synnyttäjän tekemää synnytystyötä, aktiivista toimintaa oman lapsensa synnyttämiseksi. Kivunlievitys ja muu synnytyksen kulkuun puuttuminen eivät poista tätä tosiasiaa. (Haapio ym. 2009: 124.) Kipuun reagoiminen ja kivun aistiminen on jokaisella yksilöllistä (Liukkonen ym. 1998: 27). Kivunlievityksen tarjoaminen kivuliaalle synnyttäjälle on vastustamaton mahdollisuus. Synnyttäjät kuvailivat, että kivuissaan he ottaisivat vastaan mitä tahansa, mitä heille tarjotaan kivunlievityksen nimellä. (Leap – Anderson 2004: 37.)

Synnyttäjän tarpeet ovat perustana kaikelle kivunlievitykselle. Kättilön tuki voi auttaa synnyttäjää välttämään lääkkeellistä kivunlievitystä hänen niin toivoessaan tai auttaa synnyttäjää valitsemaan lääkkeellisten tai lääkkeettömien kivunlievitysmenetelmien välillä. Kättilön on pyrittävä tukemaan synnyttäjän omia päätöksiä. (Liukkonen ym. 1998: 12; Raussi-Lehto 2007: 244.) Lääkkeettömiä, kättilön päätösvaltaan kuuluvia kivunlievitysmenetelmiä ovat muun muassa akupunktio, aquarakkulat (vesipapulat), vyöhyketerapia ja lämmin vesi (Ahonen, 2001: 23). Akupunktiota tai vyöhyketerapiaa käytettäessä on kättilöllä oltava asianmukainen lisäkoulutus (Raussi-Lehto 2007: 248).

Kivun lievityskeinoista merkittävimpiä on kyky rentoutua. Rentoutuskeinoina toimivat aktiivinen liikkuminen, jooga, hypnoosi, meditaatio, hieronta, suihku tai kylpy lämpimässä vedessä. (Liukkonen ym. 1998: 65.) Myös kylmä erilaisin menetelmin käytettynä toimii kivunlievityskeinona. Menetelmiä kylmän tai lämpimän käyttöön ovat esimerkiksi kaura- ja geelipakkaukset tai vesi suihkussa tai kylvyssä. (Lothian – DeVries 2005: 131.) Rentoutuminen oikeaa hengitystekniikkaa, laulamista ja kosketusta käyttäen voivat myös auttaa kivun hallitsemisessa (Lothian – DeVries 2005: 130-133; Vuori – Laitinen 2005: 67-69). Synnytyskipu voi olla jopa voimavara, jos synnyttäjä hyväksyy sen fysiologisena osana luonnollista synnytysprosessia. Toisaalta riittävä kivunlievitys vahvistaa synnyttäjän hallinnankokemuksia synnytyksen aikana. (Haapio ym. 2009: 128-129.)

Lääkkeellisinä kivunlievitysmenetelminä voidaan käyttää kipulääkkeitä, ilokaasua ja erilaisia puudutuksia. Nämä menetelmät ovat lääkärin päätösvaltaan kuuluvia, mutta kättilön ammattitaitoon kuuluu myös lääkkeellisen kivunlievitystarpeen määrittely ja lääkärin konsultointi asiasta. (Ahonen 2001: 23.)

3.3 Mitä kättilötyö on?

Syntymän aikainen kättilötyö tarkoittaa kättilön omalla vastuulla tapahtuvaa, itsenäistä syntymän hoitotyötä, mikä edellyttää kättilöltä myös kykyä synnyttäjän ja tukihenkilön ohjaamiseen ja neuvontaan. WHO:n mukaan säännöllisessä syntymän hoidossa kättilötyöhön sisältyy synnyttäjän, tukihenkilön ja perheen tukeminen ennen syntymää, syntymähetkellä ja syntymän jälkeen. Synnyttäjän tarkkailu, sikiön voinnin seuranta ja vastasyntyneen voinnin tarkkailu ja hoito syntymän jälkeen, riskitekijöiden arviointi sekä varhainen ongelmien ennakointi ja havaitseminen ovat osa syntymän aikaista kättilötyötä. (Raussi-Lehto 2007: 206.)

Synnytyksen hoidon lähtökohtana on, että synnytystapahtumaan puututaan mahdollisimman vähän. Hoitohenkilökunnan tavoitteena on saattaa synnytys turvallisesti päätökseen. (Ihme – Rainto 2008: 111.) Näyttöön perustuvan hoitotyön, kättilötyön erityistaitojen ja naisen henkilökohtaisten mieltymysten pitäisi muodostaa pohja hyvälle syntymän hoitotyölle (Chapman 2004: 4). Myös eettisyys kuuluu hyvään synnytyksenhoitoon. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE on esittänyt kannanoton ”Synnytyksessä toteutettavan hyvän hoidon eettiset perusteet” ja siihen liittyvän liitteen ”Synnytyksen hoidon oikeudelliset reunaehdot”. Synnytyksen hyvässä hoidossa toteutuvat synnyttäjien yhdenvertaisuus, oikeudenmukaisuus, ammattihenkilöstön vastuullinen osaaminen ja moniammatillinen yhteistyö. Lähtökohtana on synnyttäjän auttaminen hoitamalla ja tukemalla häntä synnyttämään turvallisesti ja arvokkaasti. (ETENE 2009.)

Kättilöt ymmärtävät synnytyks kivun työstämisen merkityksen luonnollisena osana synnytysprosessia, mutta nykyisessä länsimaisessa yhteiskunnassa valtaosa synnyttäjistä haluaa kivunlievitystä jossakin muodossa. Kättilön on oltava periksiantamaton, mikäli haluaa ajaa normaalin synnytyksen etuja ja kivun luonnollista merkitystä normaalissa synnytyksessä. (Leap – Anderson 2004: 37.) Rohkaisevat sanat, jatkuva kättilön läsnäolo ja asiallinen kosketus ovat todistetusti vahvoja kipulääkkeitä (Chapman 2004: 227).

Jokaisella synnyttäjällä on erilaisia selviytymiskeinoja kivun ja pelon hallintaan, ja niitä on pyrittävä tukemaan kätilötyöllä.

Ammattitaitoisen kätilön tulisi pyrkiä kehittämään itseään jatkuvasti ja pitää osaamisensa ajantasaisena sekä miettiä mahdollisia parannuksia kätilötyön keinoihin, joilla edistetään synnyttäjän ja hänen perheensä hyvinvointia. Ilman tieteellistä lähestymistapaa kätilö perustaa toimintansa intuitioon ja auktoriteetteihin pitäen kiinni vanhoista tottumuksista ja käytänteistä. (Liukkonen ym. 1998: 14.) Mikäli annamme synnytyksen muuttua yhä sivistyneemmäksi, saattaa tuloksena olla lapsi, mutta ei vanhempia – synnytyksen vanhemmuuteen kasvattava tehtävä saattaa kadota medikalisaation myötä (Miettinen-Jaakkola 1992: 10). Synnytykseen liittyvät tapahtumat vaikuttavat voimakkaasti äiti-lapsi-suhteeseen ja perheen sisäisiin suhteisiin, jotka muuttuvat uuden tulokkaan myötä väistämättä (Saarikoski 1992: 137).

Kätilön tehtävä synnyttävän perheen hoitotyössä on huolehtia synnyttävän perheen fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta hyvinvoinnista. Hyvinvointi koostuu turvallisuuden tunteesta, persoonallisesta eheydestä, päätöksenteosta, vaihtoehtoista, omista havainnoista ja tietoisuudesta omasta tilasta. On tärkeää tunnistaa synnyttäjän valmiudet niin tieto- kuin toimintatasollakin, jotta kätilö voi arvioida synnyttäjän avuntarpeen ja kykenee tukemaan hänen valmiuksiaan toteuttamalla yksilöllistä hoitotyötä kunkin synnyttäjän ja perheen kohdalla. Hoitotyö on synnyttävän äidin, isän tai tukihenkilön ja kätilön yhteistyötä. (Liukkonen ym. 1998: 15.)

Jo vastaanottotilanteessa luodaan perusta synnyttäjän ja kätilön väliselle toimivalle vuorovaikutukselle, jossa tilanteen hallinta on kummallakin tasapuolisesti (Liukkonen ym. 1998: 32-33). Kokemus voi olla kätilölle vain yksi muiden joukossa, mutta synnyttäjälle se on aina ainutlaatuinen (Chapman 2004: 226). Vuorovaikutussuhteessa kätilön tulisi olla ensisijaisesti ihminen ihmiselle. Luottamus synnyttäjän ja kätilön välillä perustuu kätilön ammattitaitoon, tietoihin turvallisesta synnytyksestä ja myös tämän herkkyyteen oivaltaa synnyttäjän tarpeet. (Liukkonen ym. 1998: 32-33.)

Tutkimukset osoittavat, että kun synnyttäjä kokee saavansa jatkuvaa emotionaalista tukea synnytyksen aikana, sujuu synnytys helpommin (Lothian – DeVries 2005: 144). Hoitohenkilökunnan tuki synnytyksen aikaisessa hoitosuhteessa sisältää useita eri piirteitä: turvallisuuden kokeminen, kätilön läsnäolo, synnyttäjän tarpeisiin vastaaminen,

henkisen tuen antaminen eri kommunikaatiokeinoin, kättilöön liittyvät ominaisuudet ja tiedon antaminen. Kättilön ominaisuuksista korostuvat ystävällisyys, asiantuntijuus, myötäelämiskyky, luottamuksellisuus, tuen antaminen synnyttäjän ehdoilla, yksilöllisyyden huomioiminen, rauhallisen ilmapiirin luominen sekä päätöksenteon ja hallinnan tunteen tukeminen. (Ahonen 2001: 44.) Keskeisiä kättilön antamia tuen muotoja synnytyksen aikana on myös tiedon antaminen. Tiedonsaanti käsittää ohjeiden ja selitysten antamisen ja neuvojen tarjoamisen. (Ahonen 2001: 31.) Tiedonsaannilla ja synnyttäjän toiminnan ohjaamisella on ollut yhteyttä synnyttäjän kokemaan tyytyväisyyteen (Ahonen 2001: 44).

Tutkimukset osoittavat, että synnyttäjä toivoo ja arvostaa kättilön läsnäoloa ja kokee olonsa turvalliseksi, kun kättilö on lähellä ja saatavilla (Liukkonen ym. 1998: 23). Synnyttäjä tarvitsee kättilöltään paitsi inhimillistä läheisyyttä myös yksityisyyttä, aikaa ja rauhaa, sillä synnyttäminen on nimenomaan naiseuteen ja seksuaalisuuteen liittyvä syvästi intiimi tapahtuma. Luottamusta herättävä kättilö tukee tätä synnyttäjälle hienovireistä tapahtumaa asennoitumisellaan ja kunnioittamalla synnyttäjää. (Rautaparta 2003: 57-58.) Synnyttäjät tukeutuvat kättilön uskoon selviämisestä, kun eivät enää usko itseensä (Leap – Anderson 2004: 37).

3.4 Kättilötyön interventiot synnytyksen hoidossa

Interventio tarkoittaa väliintuloa tai toimenpidettä, jolla pyritään vaikuttamaan yksilön tai ryhmän terveydentilaan tai käyttäytymiseen (Duodecim Lääketieteen sanasto 2009). Synnytyksessä tämä tarkoittaa toimenpiteitä, joilla puututaan synnytyksen normaaliin kulkuun. Kättilöillä tulisi aina olla perusteltu syy puuttua synnytyksen säännölliseen kulkuun minkäänlaisin toimenpitein (Raussi-Lehto 2007: 206). Kättilön suorittamia interventioita ovat sisätutkimus, ulkotutkimus, psykososiaalinen tuki, ktg eli kardiotokografia, kalvojen puhkaisu, ohjaus asentojen valinnassa, lääkkeettömässä kivunlievityksessä, rentoutumisessa, rakon ja suolen tyhjennyksessä sekä episiotomiahaavan tai repeämien ompelu (Pienimaa 2007: 26).

Synnyttäjät, jotka haluavat mahdollisimman vähän teknistä väliintuloa, joutuvat usein neuvottelemaan haluamastaan hoidosta. Ilman lääketieteellistä perustetta suoritettavat interventiot saattavat myös tehdä synnytyskokemuksesta synnyttäjälle kielteisen ja siten heikentää synnyttäjän ja syntyneen lapsen hyvinvointia. (Lawrence Beech –

Phipps 2004: 68.) Vaikka vain harvat synnyttäjät todella tarvitsevat lääketieteellisiä interventioita, suurin osa synnyttäjistä altistetaan niille. Tutkimuksissa synnyttäjät kokivat sellaisetkin invasiiviset interventiot, joita ammattilaiset pitivät vähäisinä, kuten esimerkiksi kalvojen puhkaisu, ktg ja episiotomia, yhtä häiritsevinä kuin merkittävämpiä interventioita, esimerkiksi pihtien käyttöä. (Lawrence Beech – Phipps 2004: 67.) Käsitys turvallisuudesta ja riskistä ovat yksilöllisiä (Hall – Taylor 2004: 47).

Lääketieteellisten interventioiden oikeutuksena käytetään usein niiden hengenpelastavia vaikutuksia. Synnytystoimenpiteiden lisääntymisestä huolimatta äitiys- ja neonatalikuolemissa ei kuitenkaan ole tapahtunut merkittävää muutosta. (Lawrence Beech – Phipps 2004: 63.) Suurissa yksiköissä on tutkimusten mukaan osoitettu olevan enemmän synnytysinterventioita, enemmän äitien sairastuvuutta, vähemmän normaalisynnytyksiä, enemmän alhaisia Apgarin pisteitä, enemmän synnytyksenaikaista hapenpuutetta ja enemmän synnytystraumoja. Lisäksi synnyttäjät ovat tyytymättömyyksiä synnytykseen kokemuksena. (Crabtree 2004: 88.)

Synnyttäjä joutuu kohtaamaan sietokykynsä rajat synnytysprosessin aikana (Hall – Taylor 2004: 47). Kätilön tavoitteena on lievittää synnytyksen aiheuttamaa elimistön stressitilannetta synnyttäjän toivomalla tavalla ja tukea synnyttäjän omia keinoja stressistä selviytymisessä (Raussi-Lehto 2007: 245). Myös synnytysympäristöllä on merkitystä. Jos synnyttäjää ympäröi jatkuva rauhattomuus, tarkkailemisen tunne, epäystävällinen, turvaton tai kannustamaton ilmapiiri tai häiritsevät äänet, valot tai ihmiset, aktivoituu elimistö stressitilaan. (Lothian – DeVries 2005: 126.) Jos synnyttäjä kokee, ettei häntä tueta hänen näkemyksissään, hän voi tuntea ahdistusta ja ristiriitaisuutta (Hall – Taylor 2004: 47). Kätilö tukee synnyttäjää myös kantamaan vastuun valintojensa seurauksista (Raussi-Lehto 2007: 207). Jaettu päätöksenteko mahdollistaa synnyttäjän voimaantumisen ja luo turvallisen ja luottavaisen ilmapiirin ja miellyttävän ympäristön synnytykselle (Liukkonen ym. 1998: 16).

Yleistyneestä käytännöstä poikkeavat vaihtoehtoiset hoitokäytännöt perustuvat synnyttäjän psykososiaaliseen tukemiseen ja aktiivisuuteen. Tällöin puuttumista synnytyksen kulkuun toimenpitein vältetään. (Vallimies-Patomäki 2007: 63.) Jatkuvan psykososiaalisen tuen saamisen synnytyksen aikana on todettu vähentävän lääkkeellisen kivunlievityksen ja operatiivisen synnytyksen todennäköisyyttä. Sosiaalinen tuki on osoitettu tutkimuksin yhdeksi tärkeäksi osaksi synnytyksen hoidon jatkuvuutta. Se voi sisältää

neuvoja, tietoja, konkreettista apua ja emotionaalista tukea. On sanottu, että jos sosiaalinen tuki olisi lääke tai teknologiaa, sairaalat suorastaan vaatisivat sitä. Tutkimukset osoittavat, että jatkuvalla sosiaalisella tuella on suora yhteys synnyttäjän synnytyskokemukseen ja synnytyksen lopputulokseen. (Rautaparta 2003: 75; Sandall 2004: 165.) Kätilön tulee rohkaista ja ohjata myös mukana olevaa tukihenkilöä mahdollisuuksien mukaan (Liukkonen ym. 1998: 16).

Kätilötyön perushoitoon kuuluu myös huolehtia, että synnyttäjä muistaa tyhjentää virtsarakon säännöllisesti. Se on tärkeää synnytyksen edistymisen kannalta, sillä täysi rakko saattaa olla jopa synnytyksestä. Tarvittaessa kätilö katettoi synnyttäjän. Ruuan ja juoman kieltäminen säännöllisesti etenevän synnytyksen aikana kuuluu WHO:n mukaan epäasiallisiin rutiineihin. (Raussi-Lehto 2007: 236.)

Sisätutkimusten lukumäärä tulisi rajoittaa vain välttämättömään. WHO ohjaa sen tekemiseen avautumisvaiheessa neljän tunnin välein. Toistuvia sisätutkimuksia voidaan pitää synnyttäjään kohdistuvia invasiivisina interventioina, joten niiden suorittamisen tulee olla perusteltua. On huomioitava, että sisätutkimukseen liittyy aina infektoriski. (Raussi-Lehto 2007: 229.) Sisätutkimuksen tekeminen voi häiritä synnyttäjän keskittymistä, se voi olla kivuliasta ja tuntua synnyttäjältä jopa uhkaavalta. Toisaalta jotkut synnyttäjät kokevat hyväksi kohdunsuun tilanteesta kertomisen ja voivat jopa pyytää sisätutkimuksen tekemistä. (Kitzinger 2008: 326.) Synnyttäjät haluavat yleensä vahvistuksen sille, mitä heidän keholleen tapahtuu (Chapman 2004: 8).

Synnyttäjä itse tietää parhaiten asennon, jossa hänen on mukavinta olla avautumisvaiheessa. Syntymän aikaisella pystyasennolla on todettu olevan kiistattomia etuja. Kätilön tulisi rohkaista synnyttäjää valitsemaan mieleisensä asento ja vaihtamaan sitä tarpeen mukaan. (Raussi-Lehto 2007: 236.) Vapaa liikkuminen ja asennon vaihtelut lisäävät synnyttäjän hyvinvointia ja alentavat synnytyskivun kokemista. Liikkuminen tehostaa kohdun supistuksia ja edistää vauvan laskeutumista synnytyskanavassa. (Lothian – DeVries 2005: 108.) Sairaalassa luontainen liikkuminen ei aina onnistu. Sopivaa asentoa synnyttäjä voi hakea käyttämällä erilaisia apuvälineitä kuten terapiapalloa, köyttä, puolapuita, säkkiä, keinutuolia ja tyynyjä. (Rautaparta 2003: 54.)

3.5 Jaettu päätöksenteko

Synnytyksenaikaiseen hoitotyöhön kuuluu keskeisenä osa-alueena päätöksenteko (Ihme – Rainto 2008: 19). Syntymän aikaiseen kätilöntyöhön kuuluu olennaisesti, että synnyttäjän toiveet huomioidaan ja että hän osallistuu päätöksentekoon (Kitzinger 2008: 324; Liukkonen ym. 1998: 12; Raussi-Lehto 2007: 210).

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista koskee koko terveydenhuoltoa, myös synnytystoimintaa. Synnyttäjällä on oikeus saada tietoa terveydentilastaan, riskitekijöistä ja hoidon vaihtoehtoista. Hoitoon tarvitaan synnyttäjän suostumus ja sen on tapahduttava yhteisymmärryksessä synnyttäjän kanssa. (Ihme – Rainto 2008: 19; Kitzinger 2008: 324.) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista antaa potilaalle itsemääräämisoikeuden hoitoonsa. Synnyttäjä voi kieltäytyä hoidosta, jolloin häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. (Chapman 2004: 7; Ihme – Rainto 2008: 22.)

Riittämätön tiedonsaanti vähentää synnyttäjän mahdollisuuksia itsenäiseen päätöksentekoon lisäten samalla kätilön päätösvaltaa. Kätilön tehtävänä on kertoa synnyttäjälle synnytyksen edistymisestä ja mitä seuraavaksi tapahtuu. Jos synnytyksessä on kiire, on tieto annettava synnytyksen jälkeen. Myös synnytyksessä mukana olevaa isää tai tukihenkilöä pidetään ajan tasalla. (Liukkonen ym. 1998: 34.) Yhteisellä päätöksenteolla ja monipuolisella tiedon antamisella on todettu olevan positiivinen merkitys synnyttäjän psyykkiselle hyvinvoinnille ja synnytyskokemukselle (Kitzinger 2008: 324; Raussi-Lehto 2007: 210).

Kätilö mahdollistaa valintojen ja päätösten tekemisen (Vallimies-Patomäki 2007: 62). Kätilöllä on eettinen velvollisuus tiedottaa synnyttäjälle haittavaikutuksista (Crabtree 2004: 89). Päätöksenteko ei aina tapahdu yhteisymmärryksessä. Kätilön tulisi suhtautua synnyttäjän eriävään päätökseen sallivasti. Kätilöiden käyttämän vallan muotoja ovat tiedon antaminen, päätöksenteko ja vuorovaikutus. (Vallimies-Patomäki 2007: 62.) Kaikista lääketieteellisistäkin interventioista on hoitotyön ammattihenkilöiden asiainkuuluvaa neuvotella synnyttäjän kanssa. Synnytyskivun, kivunlievityksen ja synnytyskokemuksen välinen suhde on monimutkainen. (Raussi-Lehto 2007: 244.)

3.6 Synnyttäminen nyky-yhteiskunnassa

Kätilöt tekevät työtä poliittisessa ympäristössä, jossa heidän täytyy selvitä kasvavasta työmäärästä ja tasapainottaa kätilötyön erityisosaamisensa lääketieteellisen protokollan kanssa. Synnyttäjät eivät aina saa haluamaansa hoitoa, vaan hoitoa, jota kätilöt on rohkaistu työyhteisössä tarjoamaan. (Chapman 2004: 4.) Kätilön toiminta ja asenne vaikuttavat suuresti synnyttäjän kokemaan tyytyväisyyteen synnytyksestään. Synnyttäjän kyky tai oikeus päätöksentekoon eivät ole synnytyksen aikana kadonneet mihinkään. (Raussi-Lehto 2007: 244). Sensitiivistä kätilötyötä on mahdollista tehdä, kun ymmärretään naisen roolin, medikalisaation ja teknologian yhteensovittamisen rajapinnat (Yerby 2000: 70-71).

Teknologia ja interventiot ovat tulleet hyväksytyksi ja odotetuksi osaksi synnytystapahumaa (Crabtree 2004: 89; Lawrence Beech – Phipps 2004: 61; Yerby 2000: 62). Synnyttäjän stressiä saattavat lisätä esimerkiksi neuvottelupaineet, sillä herkästi tietoa ja neuvottelua toivova synnyttäjä tai perhe leimataan hoitohenkilökunnan taholta vaativaksi. Kätilön tulisi kyetä mukautumaan synnyttäjän arvomaailmaan ja hyväksyä hänen valitsemansa tapa synnyttää, olipa se luonnonmukainen tai teknologinen. Ihanteellista on, kun kätilö kannustaa, rohkaisee ja vähentää synnyttäjän kokemaa jännitystä synnytyksessä. (Miettinen-Jaakkola 1992: 35; Yerby 2000: 64-65).

Koska synnytys voidaan luokitella säännölliseksi vasta jälkikäteen, yleiseksi käytännöksi on muodostunut säännöllisen synnytyksen hoitaminen samalla tavalla kuin komplisoi-tuneen tai riskisynnytyksen hoitaminen (Raussi-Lehto 2007: 207). Synnytyksen siirryttyä sairaalaan, sille luotiin aikataulu, josta viivästyminen johtaa helposti toimenpiteisiin huolimatta siitä, ettei synnyttäjällä tai lapsella ole varsinaista hätää (Rautaparta 2003: 53). Nykyinen tutkimustieto hoitokäytännöistä ja niiden merkityksistä mahdollistaa kriittisen tarkastelun ja sellaisten rutiinien haastamisen, jotka puuttuvat ja sekaantuvat normaaliin syntymäprosessiin (Raussi-Lehto 2007: 207). Monet naiset ovat kadottaneet tuntuman synnytykseen normaalina osana elämän kulkua ja menettäneet uskon kykynsä selviytyä synnytyksestä (Crabtree 2004: 89).

Sheila Kitzinger sanoo, että tapamme synnyttää on poliittinen kysymys: siinä on kyse jokaisen oikeudesta synnyttää vapaudessa ja rakastavassa ympäristössä. Kuitenkin jo äitiyshuollon järjestelmässä kiteytyy monesti persoonaton, alentava ja autokraatti-

nen kohtaaminen terveydenhuollon työntekijän ja asiakkaan välillä. Puhutaan jopa liukuhinnasynnytyksistä. (Odent 1986: XXIII.) Äitiyshuoltomme olisi jo ehkä uudistuttava ja muututtava holhoavasta ja kontrolloivasta asennoitumisestaan raskaana olevaan aktivoivaksi, rohkaisevaksi ja itsenäisyyttä tukevaksi järjestelmäksi, pohtii Miettinen-Jaakkola (Miettinen-Jaakkola 1992: 138). Synnytysvalmennuksen tulisi pohjautua näkemykseen perheestä aktiivisena toimijana synnytyksessä, ei hoidon kohteena tai potilaana. Keskittymällä synnyttäjän psyykkiseen valmentautumiseen vähennetään synnytyspelkoa. Hallinnan tunteen saavuttamista tukeva valmennus antaa perheelle valmiuksia mahdollisimman ehjään ja myönteiseen synnytyskokemukseen. (Haapio – Pietiläinen 2007: 203.)

3.7 Synnytyskokemuksen teoriaa

Synnytys on yksi tärkeimmistä tapahtumista naisen elämässä. Sitä verrataan usein kokemuksiin omista häistä tai läheisen sukulaisen kuolemasta. Muistot synnytyksestä ovat pitkäkestoisia ja säilyvät muistissa naisen kuolemaan saakka yksityiskohdiltaan rikkaina ja vahvoina. (Lawrence Beech – Phipps 2004: 60; Chapman 2004: 226.) Näitä tunteita tai fyysistä kokemusmaailmaa ei voi kuvailla pelkillä lääketieteellisillä sanoilla. Tarvitaan sanoja, jotka kuvastavat synnytyksen yksilöllistä kokemusta. (Kitzinger 2008: 248.) Naiset muistavat, mitä heille tapahtui synnytyksen aikana. Muistot voivat olla voimaannuttavia tai musertavia. Jotkut naiset kärsivät jopa posttraumaattisesta stressioireyhtymästä. (Sandall 2004: 162.) Synnytyskokemukseen vaikuttaviksi tekijöiksi on kansainvälisissä potilastytyväisyyystutkimuksissa todettu kommunikaation laatu, läsnäolo, kontrollin tunne, päätöksentekoon osallistuminen, annettu tieto, hoitohenkilökunnan palvelut ja lähellä olon ajallinen pituus sekä fyysinen ympäristö (Viisainen 2000: 41).

Synnytyskokemuksella on vaikutusta siihen, miten nainen sopeutuu äitiyteen, hänen hallinnantunteeseensa sekä fyysiseen ja psyykkiseen hyvinvointiin, suhteeseen vauvaan ja vauvan hyvinvointiin, perheen muodostamiseen ja suhtautumiseen tuleviin raskauksiin. Tästä syystä traumaattisella kokemuksella on pitkäaikaiset haitalliset vaikutukset. Yksi pahimmista haittavaikutuksista on äidin itsemurha. (Lawrence Beech – Phipps 2004: 61, 69.) Hyvän synnytyskokemuksen tuomat edut ovat positiivisia ja pitkäkestoisia (Lawrence Beech – Phipps 2004: 59).

Synnytyskokemuksen tärkeyttä ei huomioida yhteiskunnassamme riittävästi. Synnyttäjien odotetaan olevan tyytyväisiä lapsen syntymiseen elävänä, arvostamatta synnytyskokemuksen merkitystä. Synnyttäjän kokemusten merkityksellisyyden huomiotta jättäminen johtaa liian usein traumaattisiin muistoihin positiivisten, voimaannuttavien muistojen sijasta. (Lawrence Beech – Phipps 2004: 61.) Synnytystapa on vahvasti yhteydessä pettymykseen synnytyksessä ja huonoon synnytyskokemukseen sen myötä. Tutkimusten mukaan spontaanin alatiesynnytyksen kokeneet ovat tyytyväisimpiä synnytykseensä, kun taas operatiivinen synnytys jättää synnyttäjälle epätydyttävimmän synnytyskokemuksen. Myös sietämätön tai hoitamaton synnytyskipu, hallinnan menettämisen kokemus ja tyytymättömyys omaan selviytymiseen synnytyksen aikana ovat yhteydessä synnytyksen jälkeiseen tunnemyrskyyn. (Saisto 2001: 17.)

Kättilön ja synnyttäjän välinen suhde on merkittävin synnytyskokemukseen vaikuttava tekijä. Tämä vastavuoroinen suhde sisältää ajatusten vaihtoa ja yhdessä asetettujen tavoitteiden saavuttamista. Turvallisuuden kokeminen on tärkeää synnyttäjille. (Ahonen 2001: 32.) Tässä vuorovaikutussuhteessa ilmenevät turvallisuuden lisäksi henkisen tuen antaminen, kättilön läsnäolo, synnyttäjän luottaminen itseensä ja kättilöön sekä synnytyksenaikaisen kivun asettamat vaatimukset hoitosuhteelle. Myönteisessä hoitosuhteessa luodaan olosuhteet, joissa synnyttäjälle annetaan tietoa valintojen tueksi, hän voi osallistua hoitoonsa ja hallita synnytyksen hoitotilannetta. (Ahonen 2001: 31; Lawrence Beech – Phipps 2004: 69.) Tutkimukset osoittavat jatkuvan synnytyksen aikaisen tuen edut (Chapman 2004: 13; Hall – Taylor 2004: 51; Ahonen 2001: 31). Edut ovat suuremmat, jos vuorovaikutussuhde on muodostettu jo raskausaikana (Hall – Taylor 2004: 51).

Synnytyksen aikaisen psykososiaalisen tuen on todettu tutkimuksissa olevan yhteydessä synnyttäjän aktiivisuuteen, tavallista lievempiin pelon ja kivun kokemuksiin, hallinantunteeseen avautumisvaiheessa, synnytyksen säännöllisyyteen sekä myönteiseen synnytyskokemukseen. Niin ikään psykososiaalisen tuen puute on yhdistetty kielteiseen synnytyskokemukseen, lääkkeelliseen kivunlievitykseen ja matalan riskin synnyttäjällä autettuun alatiesynnytykseen. (Vallimies-Patomäki 2007: 62.) Kielteinen synnytyskokemus on yhteydessä paitsi synnytyksen kulkuun myös pelkoihin, kipuihin, puutteelliseen sosiaaliseen tukeen ja lapsen ongelmiin (Saisto 2001: 21, 28; Vallimies-Patomäki 2007: 63).

Myönteinen synnytyskokemus on yhteydessä puolison suhtautumiseen, kättilön ominaisuuksiin ja hänen antamaansa tukeen, ahdistuksen ja pelkojen lievittämiseen, kivunhoitoon, alatiesynnytykseen sekä lyhyempään ja odotettua helpompaan synnytykseen. Interventioiden mittava käyttö on yksi tärkeimmistä kielteistä synnytyskokemusta ennustavista tekijöistä. (Sandall 2004: 162.) Aila Miettinen kirjoittaa Kättilölehti-lehdessä syksyllä 2009, että teknologian ja lääkityksen runsas käyttö normaaleissa synnytyksissä on tuskin lisännyt synnyttäjien tyytyväisyyttä, sillä synnytyspelko on kasvanut räjähdysmäisesti viimeisten vuosien aikana. ”Luonnonmukaisessa synnytyksessä pyritään ensisijaisesti luonnonmukaisiin kivunlievitysmenetelmiin. Teknologiaan ja lääkityksiin turvaudutaan vain ongelmatilanteissa. Myös WHO suosittaa yksinkertaista teknologiaa ja minimimäärää interventioita.” (Miettinen 2009: 21.)

Synnyttäjä ei voi tietää etukäteen, millaiset toimenpiteet ovat tarpeellisia synnytyksen aikana, sillä synnytyksen kulkua, synnyttäjän reaktioita tai sikiön vointia ei voi kaikilta osin ennakoida. Hyvä syntymä on kokemus. (Vallimies-Patomäki 2007: 63.) Tietty yllätyksellisyys kuuluu synnytyksen luonteeseen (Uotila 2007: 333). Aika on eräs harhaanjohtavista synnytyksen onnistumisen kriteereistä. Pitkä synnytys ei välttämättä ole huono kokemus. Toisaalta lyhytkestoinen synnytys saattaa olla fyysisesti ja psyykkisesti vahingollinen sekä äidille että lapselle. (Miettinen-Jaakkola 1992: 34.) Synnytyskeskustelu synnytyksen jälkeen – yleensä perheen lapsivuodeosastolla olon aikana – lisää tunnetta siitä, että synnytys on mennyt hyvin (Vallimies-Patomäki 2007: 63).

Synnytyskokemukseen vaikuttaa myös synnytysympäristö. Paikka, jossa nainen synnyttää, muokkaa synnyttäjän kokemusta rajaamalla sen, kuka päättää ja mitä vaihtoehtoja on saatavilla (Crabtree 2004: 88). Moni äiti toivoo synnytysympäristöltä kodinomaisuutta, mitä nykyään pyritään toteuttamaan myös sairaalaolosuhteissa (Chapman 2004: 226; Odent 1986: XIX). Synnytysympäristön turvallisuuteen, viihtyisyyteen ja mukavuuteen voidaan vaikuttaa hoitotyön keinoin. Synnytyshuoneen tulee olla rauhallinen, viihtyisä ja lämpötilaltaan miellyttävä ja huoneen valojen säädettävät. (Liukkonen ym. 1998: 40-42.) Puhtaat lakanat ja vaatteet sekä eritetahrojen poistaminen tai peittäminen luo viihtyisyyttä synnytyshuoneeseen. Synnytyshuoneen ulkoisten puitteiden lisäksi sen ilmapiirillä on suuri merkitys synnyttäjän hyvinvointiin. Synnytyshuoneen tulee olla synnyttäjän ja hänen mukanaan olevan tukihenkilön yksityinen alue. (Liukkonen ym. 1998: 40-42.)

Luonnonmukaisen synnytyksen esitaistelija Michel Odent, ranskalainen synnytyslääkäri, tarjoaa synnytykselle ympäristön, jossa synnyttäjää saa toimia vapaasti omalla tavallaan. Toinen aktiivisen synnytyksen puolestapuhuja, Sheila Kitzinger, toteaa Odentin kirjaan kirjoittamassaan esipuheessa: ”Oikea synnytysympäristö on aivan sama kuin rakasteluympäristö.” Odent on samaa mieltä. (Odent 1986: XIX.) Ympäristön täytyy tuntua oikealta, jotta synnyttäjää voi harjoittaa synnytykseen liittyviä, uskontoonsa tai henkisyhteensä perustuvia rituaaleja. Tämä voi olla vaikeaa sairaalassa. (Hall – Taylor 2004: 47.) Yhteiskunta on saanut synnyttäjät uskomaan, että sairaala on paras ja turvallisin paikka synnyttää, mutta aivojen alkukantaiset osat, jotka aktivoituvat synnytyksessä, saattavat pitää kliinistä sairaalaympäristöä ja vieraita ihmisiä uhkana (Chapman 2004: 226).

Kotisyntyminen on herättänyt kiivasta vastustusta lääkärikunnassa, koska synnytyksen kulkua ei lääketieteen näkökulmasta voi koskaan täysin ennustaa ja riskejä eliminoida etukäteen. Toisaalta kodin turvallisuus saattaa olla joitakin riskejä ehkäisevä tekijä. Tutkimusten mukaan kotisyntyminen ei ole sen vaarallisempaa kuin sairaalassakaan, kun raskaus on sujunut ongelmitta ja ensiapu on lähellä synnytyksen aikana. (Rautaparta 2003: 58.) Suomessa kotisyntytykset loppuivat virallisesti 1972, jolloin kättilöiltä loppui velvoite auttaa kotona synnyttävää naista. Nykyinen kotisyntytysten lukumäärä on Suomessa vuosittain 10-20. (Rautaparta 2003: 58.) Suomalaisen kotisyntytyksen turvallisuutta on vaikea mitata niiden marginaalisuuden vuoksi. Tietoisesti kotisyntytyksen valinneilla on vahva motivaatio toteuttaa yksilöllinen valintansa. (Viisainen 2000: 79-81.) Väestökyselyn mukaan kiinnostusta vaihtoehtoisiin tapoihin – kuten koti- ja poliklinisiin synnytyksiin – on Suomessa enemmän kuin mitä käytännössä tapahtuu (Viisainen 2000: 11).

4 Sovellettu systemaattinen kirjallisuuskatsaus

4.1 Menetelmä

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on itsenäinen tutkimus, jossa pyritään toistettavuuteen ja virheettömyyteen (Hannula – Kaunonen 2006; Pudas-Tähkä – Axelin 2007). Koska opinnäytetyön tekemiseen varattu aika oli rajallinen ja systemaattinen kirjalli-

suuskatsaus menetelmänä hyvin vaativa ja aikaavievä, käytimme menetelmää opinnäytetyössämme soveltaen.

4.2 Aineiston hakeminen ja valintaprosessi

Aineiston valintaprosessin aluksi on määriteltävä tutkimusten sisäänotto- ja poissulku-kriteerit. Kriteerien tulee olla tarkat, täsmälliset, johdonmukaiset ja tarkoituksenmukaiset, jotta vältetään systemaattisia virheitä. (Hannula – Kaunonen 2006; Pudas-Tähkä – Axelin 2007.)

Opinnäytetyössämme tutkimusten sisäänottokriteerit ovat, että tutkimuksen kohde-ryhmä on normaali alatiesynnytys ja että tutkimus käsittelee kättilön tekemiä interventi-oita ja interventioiden yhteyttä synnytyksen kulkuun ja synnytyskokemukseen synnyt-täjän kokemana. Lisäksi tutkimusten tulee olla tehty vuonna 1998 tai sen jälkeen, jotta tutkimusaineisto olisi mahdollisimman ajantasaista ja vastaisi nykyistä synnytyksen hoitokäytäntöä. Tutkimusten tuli olla tehty länsimaissa, sillä esimerkiksi kehitysmaissa synnytyksen hoitokäytännöt ja resurssit poikkeavat oleellisesti Suomen olosuhteista.

Prosessin aikana huomasimme, että 2000-luvun synnytyksen hoitokäytänteissä on yhä paljon yhteneväisyyksiä 1990-luvun tapaan hoitaa synnytyksiä. Varmistaaksemme ai-neiston mahdollisimman kattavuuden sisällytimme tutkimukseemme reilun kymmenen vuoden ajanjakson. Rajasimme pois riskiraskaudet ja tilanteet, joissa normaali luonnol-linen alatiesynnytys ei ole mahdollista. Myös kaksossynnytykset, perätila ja keisarileik-kausta edellyttävät sikiön tarjonta- ja asentovirheet tai häiriöt sikiön voinnissa jätimme tutkimuksen ulkopuolelle. Opinnäytetyössä rajasimme tutkimuksissa käytettävät kielet suomeen ja englantiin.

Käytimme suomenkielisenä hakusanana sanaa "synnytyskokemus". Sisäänottokriteerien mukaisesti haku rajattiin alkamaan vuodesta 1998. Englanninkielisinä hakusanoina käytettiin "childbirth experience", "childbirth satisfaction", "childbirth AND satisfaction", "birth satisfaction", "childbirth AND self-efficacy", "childbirth AND self management" ja "childbirth AND management". Hakusanat valittiin sen perusteella, että löytäisimme mahdollisimman paljon nimenomaan synnytyskokemukseen liittyviä asioita käsittelevää aineistoa, joista valita lopullinen tutkimusaineisto.

Haimme opinnäytetyössä tutkimusaineistona käytettävät tutkimukset tietokannoista Medic ja Cinahl niiden luotettavuuden vuoksi sekä manuaalisesti käyttämällä hyväksi tietokannoista löytämiemme tutkimusten ja Sosiaali- ja terveysministeriön seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelman lähdeluetteloita.

4.3 Aineiston kuvailu ja analysointi

Tiedonhaku tuotti tulokseksi molemmista valituista tietokannoista yhteensä 1304 osu-
maa. Näistä valitsimme otsikon perusteella yhteensä 16 tutkimusta lähempään tarkas-
teluun. Abstraktin perusteella aineistosta karsiutui 2 tutkimusta, ja määrä väheni 14
tutkimukseen. Kokotekstin perusteella opinnäytetyömme aineistoksi valikoitui lopulta
11 tutkimusta Cinahlista ja 2 tutkimusta Medicistä, yhteensä 13 tutkimusta. (Liite 1.)

Tietokannoista löydettyjen tutkimusten lisäksi suoritimme manuaalisen haun käyttämäl-
lä hyväksi oppikirjojen ja Sosiaali- ja terveysministeriön seksuaali- ja lisääntymistervey-
den toimintaohjelman lähdeluetteloita. Manuaalinen haku tuotti tulokseksi 12 tutkimus-
ta lisää. Lopullinen aineisto käsittää 25 tutkimusta, joista kahdeksan on suomalaisia,
viisi ruotsalaisia, neljä brittiläisiä, kolme amerikkalaisia, yksi hollantilainen, yksi uusisee-
lantilainen, yksi irlantilainen ja kaksi sellaista tutkimusta, joissa oli tutkittu useamman
kuin yhden maan väestöä. (Liite 2.)

Valitsemamme tutkimukset ovat laadultaan pro graduja, väitöskirjoja ja tieteellisissä
lehdissä julkaistuja tutkimusartikkeleja. Koska tutkimukset ovat peräisin luotettavista
lähteistä, voimme olettaa niiden olevan eettisesti tasokkaita ja hyväksytyjen tutkimus-
käytäntöjen mukaisesti tehtyjä.

Analysointimenetelmä on laadullinen sisällönanalyysi, jolla voidaan analysoida kirjoitet-
tua ja suullista kommunikaatiota ja jonka avulla voidaan tarkastella asioiden ja tapah-
tumien merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä (Latvala – Vanhanen-Nuutinen 2001: 21).
Aineistolähtöisessä eli induktiivisessa sisällönanalyysissä aloitetaan aineiston pelkistä-
misellä. Tämä tarkoittaa, että aineistolle esitetään tutkimustehtävän mukaisia kysymyk-
siä, jonka jälkeen aineistosta nousseet vastaukset näihin kysymyksiin kirjataan aineis-
tossa käytetyillä sanoilla. (Kylmä – Juvakka 2007: 116-119; Latvala – Vanhanen-
Nuutinen 2001: 28-29; Tuomi – Sarajarvi 2009: 109.)

Pelkistämistä seurasi aineiston ryhmittely, jossa etsittiin pelkistettyjen ilmausten yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia. Ryhmittelyssä 87:stä pelkistetystä ilmauksesta muodostettiin alaluokkia, joihin yhdistettiin samaa tarkoittavat ilmaisut. Alaluokat nimettiin sisältöä kuvaavalla nimellä. (Kylmä – Juvakka 2007: 116-119; Latvala – Vanhanen-Nuutinen 2001: 28-29; Tuomi – Sarajärvi 2009: 109.) Kolmas vaihe oli aineiston abstrahointi. Abstrahointi tarkoittaa samansisältöisten alaluokkien yhdistämistä yläluokiksi, jotka ovat yhteisiä nimekkeitä niiden alle kootuille alaluokille. (Kylmä – Juvakka 2007: 116-119; Latvala – Vanhanen-Nuutinen 2001: 28-29; Tuomi – Sarajärvi 2009: 109.) Liitteessä 3. on nähtävissä abstrahointiprosessi taulukkomuodossa.

Abstrahointi tuotti tulokseksi alaluokat: synnyttäjän taustatekijät, synnyttäjän persoonallisuus, kättilön persoonallisuuteen liittyvät tekijät, kättilön käyttäytyminen, kättilön ammattitaito, synnyttäjän huomioiminen ja osallistaminen, synnyttäjän tukeminen, synnyttäjän kivun lievittäminen, synnyttäjän ohjaaminen, kokonaisvaltainen hoito, toimenpiteiden välttäminen, kättilön vallankäyttö, tiedon antaminen, päätöksentekoon osallistaminen, fyysinen ympäristö ja ilmapiiri. Näistä alaluokista muodostimme edelleen yläluokat: synnyttäjän taustatiedot, kättilön henkilökohtaiset ominaisuudet, kättilötyön keinot, hyvä synnytyksen hoito, hallinnantunteen vahvistaminen ja synnytysympäristö. Taulukossa 1. on esitetty muodostamamme ala- ja yläluokat.

Taulukko 1. Ala- ja yläluokat

Alaluokat	Yläluokat
Synnyttäjän taustatekijät	Synnyttäjän taustatiedot
Synnyttäjän persoonallisuus	
Kättilön persoonallisuuteen liittyvät tekijät	Kättilön henkilökohtaiset ominaisuudet
Kättilön käyttäytyminen	
Kättilön ammattitaito	
Synnyttäjän huomioiminen ja osallistaminen	Kättilötyön keinot
Synnyttäjän tukeminen	
Synnyttäjän kivun lievittäminen	
Synnyttäjän ohjaaminen	
Kokonaisvaltainen hoito	Hyvä synnytyksen hoito
Toimenpiteiden välttäminen	
Asiantuntija-aseman käyttö	Hallinnantunteen vahvistaminen
Tiedon antaminen	
Päätöksentekoon osallistaminen	
Fyysinen ympäristö	Synnytysympäristö
Ilmapiiri	

5 Synnytyskokemukseen yhteydessä olevat tekijät

5.1 Synnyttäjän taustatiedot

Opinnäytetyössämme synnyttäjän taustatietoihin sisältyy synnyttäjään liittyvät taustatekijät ja synnyttäjän persoona.

5.1.1 Synnyttäjän taustatekijät

Synnyttäjän iällä, koulutustaustalla, siviilisäädellä tai taloudellisella asemalla ei ollut tilastollisesti yhteyttä synnytyskokemuksen laatuun (Rudman – El-Khoury – Waldenström 2006: 474-487; Sadler – Davison – McCowan 2001: 225-235; Tarkka – Paunonen – Laippala 2000: 184-190; Waldenström – Hildingsson – Rubertsson – Rådestad 2004: 17-27). Kuitenkin naimattomat tai nuoret synnyttäjät kokivat synnytyksen yleensä myönteisempänä kuin muut (Tarkka ym. 2000: 184-190; Waldenström 1999: 471-482). Raskauden ajankohdan sopivuudella synnyttäjän elämäntilanteeseen oli merkitystä; sopimattomana koettu ajankohta oli yhteydessä kielteiseen synnytyskokemukseen (Tarkka ym. 2000: 184-190; Waldenström 1999: 471-482; Waldenström ym. 2004: 17-27). Puolison myönteinen suhtautuminen raskauteen oli yhteydessä myönteisempään synnytyskokemukseen, kun taas kielteisyys heikensi synnytyskokemuksen laatua. Mieli-ala ja kivun kokemukset olivat merkittävässä yhteydessä tyytyväisyyteen synnytyksestä kokemuksena. (Rudman ym. 2006: 474-487.) Aikaisempi raskaudenkeskeytys oli yhteydessä odotettua vaikeampaan kokemukseen synnytyksestä (Vallimies-Patomäki 1998: 74).

Pariteetti oli yhteydessä synnytystyytyväisyyteen. Ensisynnyttäjien kokemus oli kielteisempi kuin uudelleensynnyttäjien. (Waldenström 1999: 471-482.) Synnytysvalmennukseen osallistuneilla synnyttäjillä tyytyväisyys synnytykseen oli korkeampi kuin niillä, jotka eivät olleet valmentautuneet (Goodman – Mackey – Tavakoli 2004: 212-219). Kuitenkin Vallimies-Patomäen (1998: 86) tutkimuksessa peräti kolme neljästä synnytysvalmennukseen osallistuneesta synnyttäjästä (n=595) koki, ettei valmennuksessa saatu kuva synnytyksestä vastannut todellista kokemusta kuin osin tai ei lainkaan.

Synnyttäjät, joilla oli myönteisiä odotuksia synnytyksestä jo raskauden varhaisvaiheessa, kokivat synnytyksen myönteisemmin. Odotukset kivusta eivät olleet yhteydessä

synnytyskokemukseen kokonaisuudessaan. (Waldenström 1999: 471-482.) Synnyttäjät, joiden ennako-odotukset täyttyivät, joiden koulutustaso oli korkeampi ja jotka olivat työelämässä, olivat tyytyväisempiä synnytykseensä (Goodman ym. 2004: 212-219). Synnytystä koskevien odotusten realisoiminen ja realististen odotusten täyttäminen valmistavat synnytykseen ja parantavat synnytyskokemusta. Jokainen synnyttäjä muodostaa omia henkilökohtaisia odotuksiaan synnytyksen suhteen ja näiden odotusten toteutumisen tai toteutumatta jäämisen merkitys synnytyskokemukselle vaihtelee suuresti yksilötasolla. (Hollins Martin 2008: 583-587.)

Sairaalaan tullessa pelokkaat, ahdistuneet ja hyvin kipeät synnyttäjät olivat muita useammin huolestuneita suoriutumisesta ja pelkäsivät toimenpiteitä (Vallimies-Patomäki 1998: 73). Kaiken tyyppiset pelot olivat yleisempiä ensisynnyttäjillä kuin uudelleensynnyttäjillä (Melender 2002: 41). Tukihenkilön läsnäololla oli synnyttäjään ahdistusta lievittävä vaikutus (Vallimies-Patomäki 1998: 74). Myös ilman tukihenkilöä olevilla pelko synnytyksestä oli yleisempää verrattuna naimisissa tai parisuhteessa eläviin. Merkittävien taustatekijä pelon syille oli ammatti ja niin sanottu hälyttävä tieto pelon syynä oli yleisempää terveydenhoitoalan työntekijöillä kuin muiden ryhmien työntekijöillä. Muut relevantit tekijät olivat työttömyystilanne, ongelmat aiemmassa raskaudessa ja suunniteltu keisarileikkaus. (Melender 2002: 43.)

Raskauteen ja synnytykseen liittyvät pelot koskivat synnytystä, lapsen ja äidin hyvinvointia, terveydenhoitohenkilökuntaa, perhe-elämää ja keisarileikkausta (Melender 2002: 11-12; Vallimies-Patomäki 1998: 71). Pelot kohdistuivat myös hoitohenkilökuntaan, esimerkiksi ettei synnytyssairaalan henkilökunta olisi ystävällinen, ettei synnyttäjän sallita osallistua synnytyksenaikaiseen päätöksentekoon tai että synnyttäjä jätetään yksin synnytyksessä. (Melender 2002: 35-37; Vallimies-Patomäki 1998: 71.) Pelkojen syynä oli kielteiset tunteet, toisten kielteiset kertomukset, synnytysvalmennuksessa tai terveydenhuoltohenkilöstöltä saatu huolestuttava informaatio, sairaudet, lapseen liittyvät ongelmat ja uudelleensynnyttäjien kohdalla kielteiset kokemukset edellisistä raskauksista ja synnytyksistä ja kielteiset kokemukset liittyen lapsen terveyteen ja hoivaan. Sairauksia pelätessä kuviteltiin aiheutuvan vaikeuksia synnyttäjälle tai hänen perheelleen jonkin sairauden myötä. Lapseen liittyvät pelot koskivat aiempaa hedelmättömyyttä tai tietoa jostakusta, joka oli synnyttänyt sairaan, vammautuneen tai kuolleen lapsen. (Melender 2002: 11-12, 37.) Synnyttäjän pelot olivat myös yhteydessä voimakkaampiin kipuihin avautumisvaiheessa (Vallimies-Patomäki 1998: 73). Yleisimmin kiel-

teiseen ajatteluun liittyi pessimistinen luonne, "aina huono tuuri" -mentaliteetti ja ujous (Melender 2002: 37).

Ammattilaisen tuki näyttelee tärkeää osaa myös raskauteen ja synnytykseen liittyvien pelkojen hälventämisessä. Synnytysvalmennuksessa perheille annetaan mahdollisuus laajentaa tietämystään, joka puolestaan tarjoaa hyödyllisiä keinoja raskauteen ja synnytykseen liittyvien pelkojen hälventämiseen. (Melender 2002: 24.)

Waldenströmin, Hildingssonin, Rubertssonin ja Rådestadin (2004) tutkimuksessa kielteinen synnytyskokemus oli todennäköisempi, jos synnyttäjä oli nuori, naimaton, työtön ja tupakoi. Suurempi riski kielteiseen synnytyskokemukseen oli synnyttäjillä, jotka odottivat ensimmäistä lastaan tai niillä uudelleensynnyttäjillä, joilla oli taustalla suunniteltu keisarileikkaus tai aiempi kielteinen synnytyskokemus. Masennus raskauden varhaisvaiheessa sekä huolet raskauden aikana esimerkiksi vauvan terveyteen, sisätutkimukseen, sairaalaan menoon tai vauvan kanssa selviämiseen liittyen olivat yhteydessä kielteiseen synnytyskokemukseen. Suurempi riski kielteiseen synnytyskokemukseen oli myös niillä synnyttäjillä, jotka olivat tyytymättömiä kumppaninsa tukeen synnytyksen aikana, joiden odotukset synnytyksestä olivat kielteisiä tai jotka odottivat synnytyskivun olevan pahinta mahdollista kuviteltavissa olevaa kipua. (Waldenström ym. 2004: 17-27.)

5.1.2 Synnyttäjän persoona

Mahdollisuus hyvään synnytyskokemukseen edellyttää synnyttäjältä henkilökohtaista kykyä hallita synnytyskipua ja synnytystä edistäviä tekniikoita, siis kyky kontrolloida kipuaan, tunteitaan, päätöksiään ja tekojaan synnytyksessä vaikuttaa hyvään synnytyskokemukseen (Mäki-Kojola 2009: 8). Synnyttäjät kokivatkin myönteisen asenteen synnytykseen yleensä ja kipuun synnytyksen edistäjänä. Avoimin mielin synnyttämään lähteminen koettiin hyvänä. (Mäki-Kojola 2009: 25-26.) Synnyttäjän asenteella synnytyksen suhteen oli merkittävä yhteys synnytyskokemuksen laatuun, synnytykseen luotavaisesti suhtautuvat kokivat synnytyksen myönteisempänä (Tarkka ym. 2000: 184-190). Kehon ja mielen hallinta positiivisina voimavaroina ovat synnytyksen sujumisen kannalta ehkä kaikkein merkityksellisimpiä asioita (Mäki-Kojola 2009: 32-34).

Erilaisista persoonallisuuspiirteistä vain somaattinen ahdistus oli yhteydessä synnytyskokemukseen. Ahdistuneet synnyttäjät olivat tyytymättömpiä. Psykkinen ahdistus ei ollut tilastollisesti merkittävästi yhteydessä synnytyskokemukseen. Synnyttäjän tunteet ja tuntemukset synnytyksen aikana ennustivat voimakkaimmin synnytyskokemuksen laatua. (Waldenström 1999: 471-482.) Synnyttäjän toiveiden ja tunteiden huomiointi on tärkeä osa synnytyskokemuksen parantamista (Hollins Martin 2008: 583-587).

Synnyttäjän fyysisten tarpeiden ja mielialan huomioiminen oli synnyttäjille tärkeää (Vallimies-Patomäki 1998: 84). Synnyttäjän psykkinen tila sairaalaan tullessa vaikutti hänen kokemuksiinsa mielialan ja fyysisten tarpeiden huomioinnista (Vallimies-Patomäki 1998: 73). Mielialan ja fyysisten tarpeiden huomioimisella oli yhteyttä supistusten tuntemiseen lievemman kivuliaina ja vähäisempiin pelkoihin (Vallimies-Patomäki 1998: 85). Mielialasta ja fyysisistä tarpeista huolehtiminen sekä tiedonsaanti olivat yhteydessä synnyttäjän kokemukseen mielipiteiden hyvästä huomioon ottamisesta (Vallimies-Patomäki 1998: 99).

5.2 Kättilön henkilökohtaiset ominaisuudet

Kättilön henkilökohtaisiin ominaisuuksiin sisältyy kättilön persoonallisuuteen liittyvät tekijät, kättilön käyttäytyminen ja kättilön ammattitaito.

5.2.1 Kättilön persoona

Synnytys on ainutlaatuinen, tunnepitoinen kokemus, joka edellyttää kättilöltä empatiakykyä ja taitoa kohdata perhe. Kättilön tulee hallita paitsi kädentaidot myös vuorovaikutusosaaminen. Kättilön luonteenpiirteillä oli yhteyttä synnytyskokemuksen muodostumiseen. Mitä myönteisempänä synnytykseen osallistuva kättilö koettiin, sitä myönteisempi oli synnytyskokemus. Synnytyskokemuksen muodostumisen kannalta tärkeitä kättilön luonteenpiirteitä olivat empatia, ystävällisyys, lempeys, tyyneys, valppaus, rauhallisuus ja ammatillisuus. Suurin osa synnyttäjistä pitikin kättilöä ystävällisenä, empaattisena, taitavana ja lempeänä. Jotkut synnyttäjistä pitivät kättilöä kiireisenä. Yleisimmin kättilö koettiin positiivisena. (Tarkka ym. 2000: 184-190.)

5.2.2 Kätilön käyttäytyminen

Kunnioittava kohtelu lisäsi synnyttäjän tyytyväisyyttä synnytykseen kokemuksena (Hollins Martin 2008: 583-587). Synnyttäjät kokivat myös puolison huomioinnin tärkeäksi. He pitivät tärkeänä, että kätilö huomioi ja ohjaa myös puolisoa ja antaa tälle suoraan tietoa. (Hicks – Spurgeon – Barwell 2004: 617-628; Vallimies-Patomäki 1998: 90.) Epäystävällinen kätilö koettiin synnytyskokemusta häiritsevänä (Vallimies-Patomäki 1998: 114).

Synnyttäjät kuvailevat Vehviläisen (2000: 83) tutkimuksessa erityisesti kätilön tylyä asennoitumista. Se jättää kielteisen mielikuvan synnytyksestä. Vastaanottava kätilö saattoi olla tyyne, jolloin äidin pelko tulevaa synnytystä kohtaan lisääntyi. Synnyttäjät käyttivät kätilön epäasiallisuudesta sanoja epäystävällinen, tyyne, kylmä, tunteeton tai sopimaton ammattiinsa ja auttamaan synnyttävää naista. Kätilö saattoi myös olla kiukkuinen, tiuskaa synnyttäjälle tai murjottaa. Tyyneys ilmeni myös riittämättömänä tuen saantina. Kätilön ei koettu kannustavan tai opastavan synnytyksen aikana: naiset kokivat olevansa kätilön armoilla. Kätilö käytti asiantuntijan valtaansa. (Vehviläinen 2000: 83.)

Synnyttäjän kehon ja itsetunnon huomiotta jättämiseen liittyivät kätilön kovakouraiset ja nöyryyttävät tutkimukset, itseluottamusta murentava puhe synnyttäjälle sekä vaatimus paikallaan tai hiljaa olemisesta. Sisätutkimustilanteen synnyttäjä saattoi kokea nöyryyttävänä, kun huoneessa oli liian monta henkilöä. Kovakouraisesti tehdyt sisätutkimukset myös rikkoivat synnyttäjän kehon eheyttä ja hallintaa, loukkasivat naiseutta ja olivat alentavia. Synnyttäjän kertomuksissa kätilö kielsi synnyttäjää huutamasta tai ääntelemästä tai asiantuntijat saattoivat kommentoida synnyttäjän selviytymistä tai toimintaa synnytyksessä kielteiseen sävyyn. (Ryttyläinen 2005: 143-145.) Synnyttäjän yksilöllisyyden ja yksityisyyden huomioimisessa koettiin olevan parantamisen varaa (Vallimies-Patomäki 1998: 115). Selällään synnyttäminen sai synnyttäjän tuntemaan itsensä alistetuksi, avuttomaksi (Ryttyläinen 2005: 143-145).

5.2.3 Kätilön ammattitaito

Asiantuntijoiden taitavalla toiminnalla tarkoitettiin tutkimuksissa vankkaa ammattitaitoa ja rauhallista kohtelua. Synnyttäjä pystyi luottamaan henkilökunnan osaamiseen, rau-

hoittumaan ja keskittymään synnytykseensä. Ammattilaisten rauhallinen toiminta ja kohtelu lisäsivät synnytyksessä koettua kiireettömyyttä ja antoivat synnyttäjälle uskoa tilanteen hallittavuudesta ja selviytymisestä. Kun synnytyksen aikana ammattihenkilö pysyi rauhallisena, todennäköisesti pysyi myös synnyttäjä. (Ryttyläinen 2005: 127-128.) Asiantuntijan varma ja taitava toiminta edistivät synnyttäjän hallinnantunnetta, samoin hyvä ja riittävä tiedonsaanti, päätöksentekoon osallistuminen ja riittävä kivunlievitys. Hallintaa heikentäviä tekijöitä oli asiantuntijan taitamaton ja epävarma toiminta, riittämätön tiedonsaanti, päätöksentekoon osallistumattomuus, kova synnytyskipu, kehon ja itseluottamuksen huomioimattomuus, odottaminen ja epävarmuutta herättävä hoitoympäristö. (Ryttyläinen 2005: 122-123.) Myös Piensohon (2001: 144) tutkimuksessa synnyttäjät ovat kokeneet tärkeäksi henkilökunnan ammattitaidon.

Asiantuntijan toiminnassa ammatillisuutta vähentäviä tekijöitä ovat tyly kohtelu ja asiantuntijan epävarmuus ja taitamattomuus. Synnyttäjät kuvasivat tilanteita, joissa kättilö oli mennyt paniikkiin eikä tiennyt, mitä tehdä tai saattoi arpoa ääneen synnyttäjän läsnä ollessa, mitä seuraavaksi pitäisi tehdä. (Ryttyläinen 2005: 138-139.)

5.3 Kättilötyön keinot

Kättilötyön keinoihin sisältyy synnyttäjän huomioiminen ja osallistaminen, synnyttäjän tukeminen, synnyttäjän kivun lievittäminen ja synnyttäjän ohjaaminen.

5.3.1 Synnyttäjän huomioiminen ja osallistaminen

Synnytysprosessiin osallistuminen, tunteiden vapaan ilmaisemisen hyväksyvä ilmapiiri ja kättilön tai kumppanin tarjoama tuki olivat yhteydessä myönteiseen synnytyskokemukseen (Waldenström 1999: 471-482). Kehon ja itsetunnon huomiointi oli eniten synnyttäjän synnytyksenaikaista hallintaa edistävä tekijä synnyttäjien kuvausten perusteella. Huomiointiin kuuluu osa-alueina kättilön kannustaminen ja itseluottamusta rakentava puhe, synnyttäjän mahdollisuus oman kehon kuuntelemiseen, mahdollisuus liikkumiseen ja ääntelyyn, asiantuntijoiden taitava toiminta, osallistuminen päätöksentekoon, riittävä kivunlievitys ja riittävä tiedonsaanti. (Ryttyläinen 2005: 122-123.) On joka tapauksessa on tärkeää kunnioittaa synnyttäjän tarpeita ja toiveita. Synnyttäjän on saatava mahdollisuus tietoon perustuvaan päätöksentekoon hoidostaan. (Werkmeister – Jokinen – Mahmood – Newburn 2008: 256-259.)

Myös synnyttäjän pyrkimysten huomioiminen, mukavuudesta ja hyvinvoinnista huolehtiminen sekä synnyttäjän toivoman kivunlievityksen tarjoaminen lisäsivät tyytyväisyyttä synnytyskokemukseen (Hollins Martin 2008: 583-587). Henkilökohtainen kätilötyö oli yhteydessä myönteisempään synnytyskokemukseen verrattuna siihen, että synnyttäjä joutui jakamaan synnytystä hoitaneen kätilön toisen synnyttäjän kanssa. Enemmän kuin kaksi sisätutkimusta oli yhteydessä kielteisempään kokemukseen, samoin kuin synnyttäjän kokemus, ettei sisätutkimuksia tehty riittävän usein. (Sadler ym. 2001: 225-235.)

Oma-aloitteisuus, jalkeilla olo ja liikkuminen olivat yhteydessä synnyttäjän lievempänä koettuun supistuskipuun ja jalkeilla olleet synnyttäjät saivat harvemmin esimerkiksi epiduraalipuudutuksen kuin vuoteessa olleet. Epiduraalipuudutuksen saaneet olisivat myös halunneet kokeilla muitakin kuin jo kokeilemiaan asentoja kivunlievityksenä. (Vallimies-Patomäki 1998: 102-103, 106.)

Kätilöt kuvasivat, että heillä oli suuri vaikutus synnyttäjän ohjaamisessa lääkärin tapaamiseen, mutta vähemmän vaikutusvaltaa silloin, kun kyseessä oli lääkkeelliseen kivunlievitykseen liittyvistä päätöksistä (ottaa, jättää ottamatta?). Kätilöiden mukaan synnyttäjillä on vähiten sananvaltaa synnytyksen lääkkeellisessä jouduttamisessa ja eniten kalvojen puhkaisun yhteydessä. (van der Hulst – van Teijlingen – Bonsel – Eskes – Birnie – Bleker 2007: 279-286.)

5.3.2 Synnyttäjän tukeminen

Tukeakseen synnyttäjää selviytymään synnytyksestä mahdollisimman hyvin kätilön on tunnistettava pelkoa lisäävät toimenpiteet ja piirteet hoidossa sekä omassa käytöksessään. Näitä pelkoja on pyrittävä lievittämään. (Hollins Martin 2008: 583-587.) Kun kätilö keskittyi synnyttäjän sijasta laitteisiin, synnyttäjien pelot nimenomaan vauvan terveyden ja hyvinvoinnin suhteen lisääntyivät (Vallimies-Patomäki 1998: 74). Synnyttäjän kätilöltä saama konkreettinen ja emotionaalinen tuki oli yhteydessä myönteisempään synnytyskokemukseen (Tarkka ym. 2000: 184-190). Tutkimukset osoittavat, että naiset, jotka ovat saaneet tukea synnytyksen aikana, tarvitsevat vähemmän kivunlievitystä, heihin kohdistuu vähemmän toimenpiteitä ja he synnyttävät vahvempia lapsia.

Myös synnytyksen jälkeen tukea saaneet naiset kokevat voivansa paremmin. (Werkmeister ym. 2008: 256-259.)

Ryttyläisen (2005) tutkimuksessa erittäin merkittäviksi tekijöiksi osoittautui synnytystä hoitavien ammattilaisten kannustaminen ja rohkaisu. Kannustamisen merkitys korostui ponnistusvaiheessa, jossa erityisesti tarvittiin lisävoimia ja tarmoa. Kannustamisen ei tarvinnut olla mitenkään suurieleistä vaan pieni kosketus, kädenpuristus, hyväksyvä katse tai sana antoi synnyttäjälle voimia. Yleisimmin kannustaminen tarkoitti rohkaisevaa ja innostavaa puhetta. Synnyttäjän itseluottamusta rakentava puhe tarkoittaa hoitohenkilöstön myönteisiä luonnehdintoja synnyttäjistä itsestään, synnytyksestä ja siinä suoriutumisesta. Synnyttäjä sai kuunnella rauhassa kehonsa viestejä ja edetä rauhassa niiden mukaisesti, "sai rauhassa ponnistaa omaan tahtiin, omia tuntemuksia kuunnellen". Kehon kuuntelemisella tarkoitettiin sitä, että synnyttäjä sai etsiä ja löytää oman tapansa synnyttää. Häntä ei kiirehditty. (Ryttyläinen 2005: 124-125.)

Liike ja painovoima ovat avainasemassa synnytykseen liittyvää kärsimystä helpottaessa. Aktiivisuus synnytyksen aikana näyttäisi myös lisäävän tyytyväisyyttä synnytykseen kokemuksena. Mahdollisuus liikkua vapaasti ja jatkuva sosiaalinen tuki lisäävät todennäköisesti tyytyväisyyttä synnytykseen ja sillä on myös myönteisiä vaikutuksia vauvaan, kuten hapetuksen paraneminen, lääkkeettömyys, laskeutuminen helpottuu ja ponnistusvaihe jää lyhyemmäksi. (Remer 2008: 13-16.)

Synnyttäjän jatkuva sosiaalinen tuki synnytyksen aikana oli yhteydessä vähäisempään kivunlievityksen käyttöön tai kokonaan lääkkeellisen kivunlievityksen pois jäämiseen, pienempään instrumentaalisen synnytyksen todennäköisyyteen, pienempään todennäköisyyteen päättää synnytys keisarileikkauksella, vähäisempään tyytymättömyyteen tai vähäisempään synnytyskokemuksen kielteisyyteen, suurempaan spontaanin alatiesynnytyksen todennäköisyyteen ja jossakin määrin lyhyempään synnytyksen kestoon. Jatkuvalle sosiaalisella tuella ei ollut yhteyttä synnytyksen aikaiseen oksitosiini-infuusion käyttöön, alhaisiin 5 minuutin Apgarin pisteisiin, vastasyntyneen siirtämiseen teho-osastolla tai synnytyksen jälkeen kuvailtuun synnytyskivun voimakkuuteen. Jatkuvalle sosiaalisella tuella oli yhteyttä synnyttäjän suurempaan hallinnantunteeseen synnytyksen aikana. Hodnett, Gatesin, Hofmeyrin ja Sakalan (2009) tutkimuksessa todettiin, että jatkuvaa sosiaalista tukea saaneilla synnyttäjillä oli vähemmän jatkuvaa ktg-seurantaa. (Hodnett – Gates – Hofmeyr – Sakala 2009: 7.)

Tukihenkilön ja puolison tuki on tärkeää synnyttäjälle. Kokonaisvaltaisen tuen saaminen helpottaa naista keskittymään oleellisiin. Myös tukihenkilön konkreettinen tuki ja fyysinen läheisyys vaikuttivat. Hengessä mukana oleminen ja tsemppaaminen loi turvallista oloa synnyttäjälle. Myös kättilö oli oikea henkilö tukemaan synnyttäjää. Tukeen, tietoon, kannustukseen ja yleiseen ammattitaitoon oltiin verrattain tyytyväisiä. Kannustaminen, rohkaiseminen ja selkeän jämäkkä ote ponnistusvaiheessa koettiin hyväksi. (Mäki-Kojola 2009: 30-32.)

Huolimatta synnyttäjien lisääntyneestä tietoisuudesta äidit kokivat äitiyshuollon yleisesti positiivisempana heidän saadessaan kättilöiltä henkilökohtaista hoitoa (McCourt – Page – Hewison – Vail 1998: 73-80). Henkilökohtaista hoitoa saaneiden äitien synnytystyytyväisyys oli yhteydessä myönteisiin lopputuloksiin, sisältäen vähäisemmät interventiot ja lyhyemmän sairaalassaoloajan (McCourt ym. 1998: 79).

5.3.3 Synnyttäjän kivun lievittäminen

Kipuun liittyvät odotukset ovat usein ristiriidassa synnyttäjän todellisten kipukokemusten kanssa. Tämä ristiriita vaikuttaa synnyttäjän myöhempään näkemykseen synnytyksestä kokemuksena ja synnytykseen liittyviin tunteisiin. (Hollins Martin 2008: 583-587.) Synnyttäjät odottivat synnytyksen olevan suhteellisen kivulias ja olivat huolissaan synnytyksen kivuliaisuudesta. Synnyttäjillä näytti olevan realistiset odotukset synnytyskivuista. Synnyttäjät odottivat synnytyskivun olevan luonteeltaan erilaista kuin kuukautiskipu. Harva synnyttäjä odotti synnytyskivun olevan luonteeltaan kuukautiskipujen kaltaista. (McCrea – Wright 1999: 877-884.)

Synnyttäjän psyykkinen tila ja kivut sairaalaantulovaiheessa olivat yhteydessä avautumisvaiheen kivuliaisuuteen (Vallimies-Patomäki 1998: 73). Synnytyskivulla oli merkittävä yhteys synnyttäjän tyytyväisyyteen omasta itsestään ja kokonaistyytyväisyyteen synnytyksestä kokemuksena (Goodman ym. 2004: 212-219). Synnyttäjät kokivat hallitsevansa kivunlievityksen käyttöä. Synnyttäjät kokivat, että he yhdessä kättilöiden ja lääkäreiden kanssa kykenivät hallitsemaan koettua kipua synnytyksen aikana. (McCrea – Wright 1999: 877-884; Ryttyläinen 2005: 64.) Myös henkilökunnan suhtautumisella on yhteys synnyttäjän kokemaan synnytyskipuun. Kättilöiden lämmin ammatillinen suhtautuminen on positiivisesti yhteydessä naisen kokemaan synnytyskipuun. Kättilöllä on

myös merkittävä vastuu synnyttäjän päätöksenteon mahdollistamisessa ja hallinnan tunteen vahvistamisessa ja myös synnytyskivun lievityksessä. (Ryttyläinen 2005: 65.)

Synnyttäjät kokivat tehneensä synnytyksenaikaista kivunlievitystä koskevat päätökset. McCrean ja Wrightin (1999) tutkimukseen osallistuneet synnyttäjät olivat tyytyväisiä saamaansa synnytyksenaikaiseen kivunlievitykseen. Ensisynnyttäjien ja uudelleensynnyttäjien tyytyväisyydessä kivunlievitykseen synnytyksen aikana ei tutkimuksessa ollut tilastollisesti merkittäviä eroja. Pääosin synnyttäjät olivat tyytyväisiä saamaansa kivunlievitykseen. Hallinnantunteen lisäksi aktiivinen osallistuminen päätöksentekoon käytetystä kivunlievitysmenetelmästä sekä henkilökohtaisten voimavarojen ja selviytymiskeinojen käyttö vaikuttivat tyytyväisyyteen kivunlievityksen tehokkuudesta. Väestötieteellisillä muuttujilla ja odotuksilla synnytyskivusta ei todettu olevan yhteyttä kivunlievitykseen liittyvän tyytyväisyyden tasoon. (McCrea – Wright 1999: 877-884.)

Synnytyskipu ei välttämättä laske tyytyväisyyttä synnytykseen kokemuksena. Kivusta huolimatta synnyttäjä voi kokea voimaantumisen ja ilon tunteita. Vastavuoroisesti kivunlievitys ei välttämättä poista synnyttäjälle kärsimystä aiheuttavia tekijöitä ja siten automaattisesti paranna synnyttäjän synnytyskokemusta. Yleisesti oletetaan, että synnyttäjän tyytyväisyys synnytykseen kokemuksena on yhteydessä synnyttäjän kokeman kivun voimakkuuteen. Näin ei kuitenkaan ole, vaan synnytyskokemuksen laadun kannalta merkittävimpiä tekijöitä ovat sosiaaliset, emotionaaliset ja psyykkiset tekijät, eivät niinkään fyysiset tai fysiologiset. Synnytyskivulla ja sen lievittämisellä on merkitystä synnytyskokemuksen muodostumiselle vain silloin, kun synnyttäjän toiveita ei kuulla tai noudateta. Kipuun keskittymisen sijaan kätilöiden tulisikin lievittää kärsimystä: avuttomuuden tunnetta, tuskaa, katumusta, pelkoa, paniikkia tai hallinnantunteen menettämistä. (Remer 2008: 13-16.) Kipu ja ahdistus synnytyksen aikana olivat yhteydessä kielteiseen synnytyskokemukseen (Waldenström 1999: 471- 482).

Hallittavissa oleva ja mahdollisimman siedettävä synnytyskipu lisäsivät synnyttäjän mahdollisuuksia hallita synnytystä. Kivuttomuus vapautti synnyttäjän keskittymään synnytykseensä ja antoi energiaa osallistua siihen. Synnyttäjän kiputuntemuksien vakavasti ottaminen oli myös merkitsevää: kivunlievitystä sai pyytäessään. Synnytyksen aikana hallinnan kannalta on huomionarvoista, että synnyttäjä tietää, mitä synnytyksessä tapahtuu ja miten edetään. Riittävään tiedonsaantiin kuuluu tieto synnytyksen etenemisestä ja toimenpiteistä sekä selkeät toimintaohjeet. (Ryttyläinen 2005: 131-

132.) Kova synnytyskipu osoittautui synnyttäjien kuvauksissa yhdeksi merkittäväksi hallintaa heikentäväksi tekijäksi. Kuvattiin puutteellista kivunlievitystä ja kiputuntemuksien vähättelyä. Synnyttäjät olivat voimattomia esittämään toiveitaan kivuliaina eivätkä jaksaneet pitää puoliaan. Myös riittämätöntä kivunlievitystä tai kivunlievityksen viivytelyä kuvattiin. (Ryttyläinen 2005: 140-141; Sadler ym. 2001: 228.)

Synnyttäjien saama tuki ja tieto vaikuttivat osaltaan vaihtoehtoisten hoitomuotojen valintaan. Tukea antoivat hoitava kätilö tai tuttavat. Pääsääntöisesti saadun tiedon vähyyttä arvosteltiin Mäki-Kojolan (2009) tutkimuksessa. (Mäki-Kojola 2009: 26-27.) Hoitohenkilökunnan tarjoamilla ja ohjaamilla kivunlievitysmenetelmillä on ratkaiseva merkitys kivun hallinnan kannalta synnytyksessä (Mäki-Kojola 2009: 30-32). Synnyttäjät eivät yrittäneet peittää tuntemuksiaan erilaisilla kivunlievitysmenetelmillä, vaan kykenivät vajoamaan synnytysregressioon. Synnyttäjien kokemusten mukaan synnytyskipun hallinta toteutuu pääasiassa mielen tasolla. (Mäki-Kojola 2009: 32-34.) Useiden tutkimuksiin osallistuneiden synnyttäjien toiveena oli luonnollinen synnytys ilman lääkkeellistä kivunlievitystä (Mäki-Kojola 2009: 15).

Vaikka epiduraalipuudutus on yhteydessä voimakkaampaan kivun lievittymiseen, sillä on vain vähäisiä tai ei lainkaan myönteisiä vaikutuksia synnytyskokemukseen. Itse asiassa tutkimukset ovat osoittaneet ennemminkin kielteistä yhteyttä epiduraalipuudutuksen ja synnytyskokemuksen välillä: epiduraalin runsas käyttö oli yhteydessä kielteiseen synnytyskokemukseen kokonaisuudessaan. Voimakas synnytyskipu lisäsi riskiä kielteiseen synnytyskokemukseen. Voimakas synnytyskipu oli yhteydessä kielteiseen synnytyskokemukseen riippumatta siitä, saiko synnyttäjä epiduraalipuudutuksen vai ei. (Waldenström ym. 2004: 17-27.) Epiduraalipuudutuksen kivunlievitykseksi saaneet synnyttäjät kokivat synnytyksen muita kielteisempänä (Tarkka ym. 2000: 184-190).

5.3.4 Synnyttäjän ohjaaminen

Synnyttäjälle tai lapselle ei ole todettu koituvan mitään haittaa siitä, että synnytys hoidettiin ilman episiotomiaa (Räisänen 2007: 66). Ensisynnyttäjillä episiotomian käyttöä lisäsi synnytyksen käynnistäminen, imukuppisynnytys ja ponnistusvaiheen pitkittyminen ja vastaavasti episiotomian käyttöä vähensi synnytyksen spontaani käynnistyminen, ammeen tai suihkun käyttö kivunlievitysmenetelmänä ja avautumisvaiheen istuva tai puoli-istuva asento. Kylki-, kyykky- ja konttausasennossa tai istuvassa asennossa syn-

nyttäneiden ensi- ja uudelleensynnyttäjien synnytyksissä episiotomia vältettiin muita asentoja useammin. (Räisänen 2007: 69.) Uudelleensynnyttäjillä epiduraalipuudutuksen käyttö kivunlievitysmenetelmänä oli yhteydessä lisääntyneeseen episiotomian käyttöön. Synnytystä hoitavan kättilön iällä, koulutuksella tai työkokemuksella ei ollut vaikutusta episiotomian käyttöön. (Räisänen 2007: 70.)

Tutkimukset osoittavat, että makuuasento on yhteydessä suurempaan määrään instrumentaalisia synnytyksiä ja lisääntyneeseen kivun tuntemukseen verrattuna muihin synnytysasentoihin. Episiotomien määrän lisääntyminen on yhteydessä makuuasentoon. Selinmakuuasennolla on myös yhteyttä epänormaaliin sydänäänikäyrään sekä alhaisempaan napavaltimon pH-arvoon. Yli 500 ml:n vuotoriski lisääntyi pystyasennossa, joskin vuodon oli todettu useammin olevan peräisin välilihan repeämästä kuin kohdusta. (de Jonge – Rijnders – van Diem – Scheepers – Lagro-Janssen 2009: 439-448.)

Kättilöiden mukaan synnyttäjälle tavallisinta oli avautumisvaiheessa makuuasento. Ensisynnyttäjistä valtaosa ja uudelleensynnyttäjistä reilu puolet oli makuuasennossa. Viidesosa ensisynnyttäjistä oli puoli-istuvassa tai istuvassa asennossa. Ensisynnyttäjillä avautumisvaiheen puoli-istuvalla ja istuvalla asennolla oli yhteys episiotomian käyttöön. Puoli-istuvaa asentoa käyttäneistä pienempi osa vältti episiotomian kuin istuvan asennon käyttäjistä. Uudelleensynnyttäjien kohdalla avautumisvaiheen asennolla ei ollut merkitystä episiotomiaan. (Räisänen 2007: 53-54.)

Episiotomian ja repeämien välttämiskeinot ovat samoja. Episiotomian välttäminen edellyttää erilaista synnytyksen ponnistusvaiheen hoitoa kuin episiotomiaa käytettäessä. (Räisänen 2007: 7-8.) Kättilöiden arvioiden mukaan tärkeimpiä repeämien ehkäisykeinoja olivat sikiön pään tulon kontrollointi, välilihan tukeminen ja äidin sanallinen ohjaus ponnistustilanteessa. Episiotomian ja repeämien ehkäisykeinoilla oli yhteys episiotomian käyttöön. Pään tulon kontrollointi ehkäisi episiotomian kolmasosalla kaikista synnyttäjistä ja välilihan tukeminen ehkäisi episiotomian kuudenneksella. Ponnistusvaiheen sanallisella ohjauksella ehkäistiin episiotomia muutamien synnyttäjien kohdalla. (Räisänen 2007: 58.) Ohjeita synnyttäjä tarvitsee varsinkin ponnistusvaiheessa. Selkeät ohjeet auttoivat toimimaan ja lisäsivät synnyttäjän hallinnan tunnetta. (Ryttyläinen 2005: 131-132.)

Episiotomian indikaatioita olivat kättilöiden mukaan sydänäänilasku, imukuppiulosautto, kireä väliliha ja ponnistusvaiheen pitkittyminen. Epiduraali- tai spinaalipuudutuksen käytöllä ei ollut yhteyttä episiotomian käyttöön ensisynnyttäjillä, uudelleensynnyttäjien kohdalla epiduraalin käytöllä oli sen sijaan yhteys episiotomian käyttöön. Vain joka kymmenennelle synnyttäjälle, joka ei saanut epiduraalia, tehtiin episiotomia. Ammeen tai suihkun käytöllä oli merkitystä: viidesosa tutkimusryhmän ensisynnyttäjistä oli suihkussa tai ammeessa ja lähes puolelle heistä tehtiin episiotomia. Kun ammetta tai suihkua ei ollut käytetty, tehtiin yli puolelle synnyttäjistä episiotomia. (Räisänen 2007: 52.) Synnytyksen käynnistymistavalla oli yhteys episiotomian käyttöön ensisynnyttäjillä, kun taas uudelleensynnyttäjillä merkitystä ei ollut. Sekä ensi- että uudelleensynnyttäjien synnytyksistä neljä viidestä synnytyksestä käynnistyi spontaanisti. (Räisänen 2007: 50-51.) Synnytyksen käynnistäminen oli yhteydessä episiotomian käyttöön ensisynnyttäjän kohdalla: riski episiotomiaan oli puolta suurempi kuin synnytyksen käynnistyessä spontaanisti (Räisänen 2007: 57).

Siviilisäätty, etninen alkuperä, synnyttäneisyys tai synnytyspaikka eivät olleet merkittävästi yhteydessä synnytyksessä käytettyihin asentoihin sen toisen vaiheen aikana. Ponnistusasennon valintaan näyttäisi liittyvän jonkinlaista epätasa-arvoa synnyttäjän taustatekijöiden mukaisesti, ainakin hollantilaistutkimuksen tuloksena. Kättilötyön toteuttamistavalla oli myös yhteys synnytysasentoon. (de Jonge – Rijnders – van Diem – Scheepers – Lagro-Janssen 2009: 439-448.) Hollantilaisessa tutkimuksessa (de Jonge ym. 2009: 439-448) yli 36-vuotiaat synnyttäjät käyttivät merkittävästi vähemmän pelkästään makuuasentoa synnytyksessään verrattuna nuorempiin synnyttäjiin. Myös korkeasti koulutetut naiset synnyttivät alemman koulutuksen saaneita naisia harvemmin makuuasennossa. Synnyttäjät, joiden synnyinmaassa käytettiin laajalti pysty- tai muita ei-makuuasentoja, käyttivät myös itse harvemmin makuuasentoa. Toisen vaiheen aikana ohjausta saaneiden synnyttäjien käyttämät asennot olivat ohjausta vailla jääneitä synnyttäjiä useammin muita kuin makuuasentoja. (de Jonge ym. 2009: 439-448).

Selinmakuuasentoa ponnistusasentona käytti synnyttäjistä puolet ja lähes yhtä moni käytti puoli-istuvaa ponnistusasentoa. Vain murto-osa synnyttäjistä käytti istuma-asentoa, pystyasentoa, kyykky- tai konttausasentoa ponnistaessaan. (Vallimies-Patomäki 1998: 104.) Ponnistusasento oli yleisimmin kättilöstä lähtöisin. Vain harva kuitenkaan piti ponnistusasentoa itselleen sopimattomana. (Vallimies-Patomäki 1998: 101.) Synnyttäjät, jotka ponnistivat kauemmin kuin tunnin, käyttivät harvemmin pel-

kästään makuuasentoa verrattuna synnyttäjiin, joiden ponnistusvaihe kesti vähemmän kuin tunnin (Räisänen 2007: 45, 47-49, 67).

Ponnistusasennoissa oli kuitenkin sairaalakohtaisia eroja sekä ensi- että uudelleensynnyttäjien kohdalla. Myös ponnistusasennoilla oli yhteys episiotomian tekemiseen sekä ensi- että uudelleensynnyttäjien kohdalla. Ensisynnyttäjistä yli puolet vältti episiotomian ponnistaessaan puoli-istuvassa asennossa ja uudelleensynnyttäjistä puoli-istuvassa tai selällään synnyttäneistä yhdeksälle kymmenestä ei tehty episiotomiaa. Gynekologisessa asennossa ponnistaneista ensisynnyttäjistä joka seitsemäs vältti episiotomian, uudelleensynnyttäjistä yli puolet välttyi episiotomialta tässä asennossa. Kylki-, kyykky-, konttaus- tai istuvassa asennossa ponnistettaessa melkein neljä viidesosaa ensisynnyttäjistä vältti episiotomian ja uudelleensynnyttäjistä lähes kaikki. (Räisänen 2007: 53-54.)

Myös ponnistustekniikalla oli yhteys episiotomian käyttöön sekä ensi- että uudelleensynnyttäjillä. Synnyttäjän lyhyt tai läähättävä ponnistaminen oli yhteydessä vähäisempään episiotomian käyttöön sekä ensi- että uudelleensynnyttäjillä. (Räisänen 2007: 55.) Ponnistusvaiheen pituudella oli yhteys episiotomiaan: jokaista lisääntyvää minuuttia kohti synnyttäjän riski saada episiotomia kasvoi 100 prosenttia. Ensisynnyttäjillä ponnistusvaiheen pitkittyminen (noin 10 minuuttia) oli yhteydessä lisääntyneeseen episiotomian käyttöön. Episiotomian yleisempään käyttöön yhteydessä olevia tekijöitä oli sairaalakäytänteet, gynekologinen ponnistusasento, imukuppisynnytys, synnytyksen käynnistäminen ja ponnistusvaiheen pitkittyminen. (Räisänen 2007: 57.)

Uudelleensynnyttäjillä episiotomian käyttö oli yhteydessä suurempaan verenvuotoon. Ensisynnyttäjille tuli enemmän välilihan 1. ja 2. asteen repeämiä, kun episiotomia ei tehty ja vastaavasti välilihan 3. asteen repeämiä tuli enemmän episiotomiaa käytettäessä sekä ensi- että uudelleensynnyttäjillä. Välilihan repeämien ja muiden synnytysrepeämien yhteys episiotomiaan oli tilastollisesti erittäin merkitsevä. Välilihan 3. asteen repeämän saaneiden synnyttäjien synnytyksen ponnistusvaihe oli keskimäärin pidempi ja neljä viidestä repeämästä oli ensisynnyttäjillä. Huomioitava on kuitenkin välilihan 3. asteen repeämien pieni määrä. Tapauskohtaisella tarkastelulla välilihan 3. asteen repeämän riskitekijöiksi voitiin todeta ensisynnyttäjäisyys, episiotomia ja imukuppisynnytys. Kuudelle kymmenestä uudelleensynnyttäjistä ei tehty episiotomiaa eikä myöskään välilihan repeämää tullut. (Räisänen 2007: 45, 47-49, 67.)

5.4 Hyvä synnytyksen hoito

Hyvään synnytyksen hoitoon sisältyivät alaluokat kokonaisvaltainen hoito ja toimenpiteiden välttäminen.

5.4.1 Kokonaisvaltainen hoito

Asiakastyytyväisyys on yksi tärkeimmistä laatuksiteereistä terveydenhuollossa (Goodman ym. 2004: 212-219). Tyytyväisyys synnytyskokemukseen liittyy merkittävästi synnytyksen hoidon laatuun: hoito ei voi olla laadukasta, ellei asiakas ole tyytyväinen. Edes säännöllisestä synnytyksestä poikkeavat tilanteet, kuten virhetarjonnat tai edistymättömyys, eivät poissulje kättilön vastuuta pyrkiä tarjoamaan synnyttäjälle täydentävä synnytyskokemusta tai vastuuta tarjota asianmukaista, tehokasta ja kokonaisvaltaista hoitoa. Luottamus on vahvasti yhteydessä synnytystyytyväisyyteen. Synnyttäjän ja kättilön välisen luottamuksen rakentaminen on tärkeä osa synnytykseen valmistautumista. (Hollins Martin 2008: 583-587.) Luottamuksen suuri merkitys ei hämmästyttä teknologiavaltaisessa maailmassamme. Väitetään, että luottamus on tekijä, joka antaa merkityksen hoitaja-potilas-suhteelle. (Tiedje – Price 2008: 144-150.) Hyvän synnytyksen hoidon tarjoamisen tulisi olla synonyymi hyvän synnytyskokemuksen tarjoamiselle, jolloin sekä synnyttäjä että syntyvä vauva saisivat parasta mahdollista hoitoa. Tärkeimpiä myönteistä synnytyskokemusta edistäviä tekijöitä ovat tuen saaminen hoitohenkilökunnalta, laadukas vuorovaikutussuhde hoitohenkilökunnan kanssa, mahdollisuus osallistua hoitoa koskevaan päätöksentekoon ja odotukset myönteisesti ylittävä kokemus. (Remer 2008: 13-16.)

Tunnelataus synnytyskokemuksesta säilyy naisen mielessä vuosia tunnesisältönsä voimakkuuden vuoksi (Piensoho 2001: 181). Piensohon (2001: 200) tutkimuksessa hoitohenkilökunnan myönteinen suhtautuminen, hoitoympäristön sallivuus ja synnyttäjän omien toiveiden tunteminen ja niiden mahdollisuuksien mukainen toteuttaminen tukevat synnyttäjän itsemääräämisen tunnetta. Tiedonsaanti, etukäteen toimintatavoista sopiminen, kättilön sekä puolison läsnäolo, yksilöllinen ja rohkaiseva suhtautuminen synnyttäjään, tämän mielipiteiden huomioiminen ja synnyttäjän mahdollisuus keskustella kättilön kanssa lisäävät myös synnyttäjän kokemaa itsemääräämisoikeutta. (Piensoho 2001: 200.)

Tiedje ja Pricen (2008: 144-150) tutkimuksessa synnyttäjien synnytyskokemusten kolmeksi keskeiseksi teemaksi nousivat luottamus, tiedon antaminen ja hallinnan tunne. Saman hoitajan tapaaminen ei parantanut synnyttäjän kokemusta hoidostaan. Synnyttäjät mainitsivat toistuvasti hoitotyön tekijöiden toteuttaneen interventioita luottamuksellisessa ilmapiirissä. Kokemukseen vaikutti synnyttäjän kuunteleminen, hoidon jatkuvuus ja seuranta sekä kättilön persoonallinen ote. (Tiedje – Price 2008: 144-150.) Synnyttäjän kohtelu oli myös hyvin tärkeää, erityisesti hänen ja hänen kumppaninsa tarpeiden huomioiminen, rohkaisu ja kannustaminen sekä pätevyys. (Waldenström ym. 2004: 17-27.)

Synnyttäjän omia resursseja ja voimavaroja tulisi hyödyntää kehittyneestä synnytysteknologiasta huolimatta (Mäki-Kojola 2009: 16). Vaihtoehtoisten hoitomuotojen merkitys synnytyskokemukseen oli myönteinen ja eheyttävä. Kokemus oli myös ristiriitainen koetun kivun takia. Lääkkeettömyys synnytyksessä koettiin luonnollisena ja turvallisena tapana synnyttää ja tällainen synnytys loi synnyttäjälle itseluottamusta ja arvokkuuden tunnetta ja tunteen synnytyksensä hallinnasta. Ylpeys onnistumisesta ja yleinen tyytyväisyys olivat päällimmäisiä tunteita. Synnytyksestä toipuminen koettiin hyväksi ja nopeaksi lääkkeettömyyden ja luonnonmukaisuuden takia. (Mäki-Kojola 2009: 35.)

Hoitoon tyytyväiset synnyttäjät kokivat synnytyksen myönteisempänä ja heillä oli vähemmän synnytykseen liittyviä kielteisiä tunteita kuin hoitoon tyytymättömillä. Saa- maansa hoitoon kaikkein tyytyväisimmät synnyttäjät arvioivat hoidon kokonaisuudessaan paremmaksi kuin muut synnyttäjät. Hoitoon kaikkein tyytyväisimmät synnyttäjät olivat harvemmin korkeasti koulutettuja, heillä oli enemmän säännöllisiä alatiesynnytyksiä, vähemmän instrumentaalisia ulosauttoja ja vähemmän hätäkeisarileikkauksia. Heillä oli myös vähemmän masennusoireita, he kokivat vähemmän pelkoa, surua ja kipua. Heillä oli myös enemmän myönteisiä tunteita synnytyksen aikana. (Rudman ym. 2006: 474-487.)

Pääosin synnyttäjät saivat WHO:n hyväksi todettujen ja suositeltavien käytänteiden mukaista hoitoa. Edelleen on kuitenkin käytössä toimenpiteitä, jotka kuuluvat WHO:n epäasiallisiksi tai jopa haitallisiksi luokittelemiin hoitotoimenpiteisiin. Esimerkkinä toistuvasti epäasiallisesti käytetyistä toimenpiteistä on ktg-seuranta synnytyksen avautumisvaiheessa, sillä usein seuranta on jatkuvaa, vaikka jaksottainen seuranta riittäisi

normaalisynnytyksen aikana. Synnyttäjät altistuivat jatkuvasti myös toistuville sisätutkimuksille. Tutkimusten mukaan haitallisiksi todetuista toimenpiteistä on edelleen käytössä esimerkiksi suoniyhteys ja infuusio, vaikka infuusiolle ei olisi akuuttia tarvetta. (Sandin-Bojö – Wilde Larsson – Hall-Lord 2008: 2993-3003.) Jotkin tietyt synnytykseen liittyvät asiat näyttivät pysähtyneen paikoilleen, esimerkiksi kivunlievitykseen liittyvät puutteet tai synnyttäjän tarpeiden kuuntelu. Synnyttäjät eivät kokeneet saavansa mahdollisuutta kokonaisvaltaiseen synnytyskokemukseen. (Piensoho 2001: 202-203.)

Hicksin, Spurgeonin ja Barwellin (2003: 617-628) tutkimuksessa organisoitiin muuttaman kättilön ryhmä, joka vastasi tietyn synnyttäjien ryhmän hoidosta raskauden alusta alkaen ja oli tavoitettavissa vuorokauden ympäri. Tutkimusryhmän synnyttäjät kokivat hoidon jatkuvuuden merkittävästi paremmaksi raskauden ja synnytyksen aikana kuin tavanomaisesti vaihtuvien kättilöiden hoidossa olevat synnyttäjät. Tutkimusryhmän synnyttäjät eivät eronneet tavanomaista hoitoa saaneista synnyttäjistä kyvyssä puhua kättilölle milloin tahansa. Tutkimusryhmän synnyttäjät pitivät erittäin tärkeänä, että heitä hoiti tuttu kättilö raskauden ja synnytyksen ajan. Molempien ryhmien synnyttäjät kokivat tutun kättilön näkemisen koko prosessin ajan yhtä tärkeänä. Tutkimusryhmän synnyttäjät ilmaisivat suurempaa tyytyväisyyttä hoitoonsa ja heillä oli korkeampi tietotaso kuin verrokkiryhmällä. Tosin verrokkiryhmän synnyttäjät olivat yleisesti ottaen hyvin tyytyväisiä, vaikka taso jäikin tutkimusryhmän synnyttäjien tasoa alhaisemmaksi. (Hicks – Spurgeon – Barwell 2003: 617-628.)

Piensohon (2001) tutkimuksessa synnyttäjien synnytykselle antamia merkityksiä analysoitiin yksilöllisesti. 1970-80-luvuilla synnytys merkitsi terveen lapsen maailmaan saatamista ja omien tarpeiden unohtamista. Tuohon aikaan näkemys oli, että äiti ajatteli aina lapsen parasta eikä synnytys ollut omana kokemuksena ensiarvoinen. Hoitohenkilökunnan toimia ei kyseenalaistettu eikä henkilökunnan merkitys ollut keskeinen. Synnytyksen luonne oli enemmän työtapahatuma, jossa järki kulki mukana. Myös kivut olivat asiaankuuluvia. (Piensoho 2001: 135-136.) Kielteiseen synnytyskokemukseen vaikuttavia tekijöitä Piensoho (2001) mainitsee taustatutkimuksistaan muun muassa synnyttäjien epärealistiset odotukset synnytykselle valmennuksesta huolimatta. Tällaiset synnyttäjät olivat menettäneet otteensa jo avautumisvaiheen aikana, kun synnytyksestä olikin muodostunut odotettua vaativampi ja vaikeampi. Vaikeaksi muuttuneen synnytyksen aikana synnyttäjä turvautui hoitohenkilökuntaan muita voimakkaammin pääsemättä henkilökohtaiseen kontaktiin. Kättilö pyrki lähes poikkeuksetta säilyttämään

ohjaavan ja toimenpidekeskeisen suhteen ja vältti henkilökohtaisen riippuvuuden syntymistä. (Piensoho 2001: 74.)

McCourtin, Pagen, Hewisonin ja Vailin (1998) tutkimuksessa selvitettiin synnytystyytyväisyyttä kyselylomakkeilla, joita vastaajat saattoivat myös itse täydentää. Tutkimusryhmän hoitomenetelmänä sairaalassa oli juuri esitelty hoitomalli, niin sanottu one-to-one midwifery care eli henkilökohtainen kätilötyö, kun taas verrokkiryhmää kätilöt hoitivat perinteisin menetelmin. Yleisesti ottaen tyytyväisyys antenataali- ja synnytyksen hoitoon oli korkea. Kummankin ryhmän vastauksissa hoidon jatkuvuus nähtiin erityisen tärkeänä, joskin tutkimusryhmässä odotukset olivat korkeammalla, samoin synnytykseen valmistautuminen. Kysymykseen synnytystyytyväisyydestä useimmat synnyttäjät vastasivat ”erittäin tyytyväinen” ja olivat sitä mieltä, että henkilökunta ”kuunteli tarpeeksi” ja että he saivat ”riittävästi selityksiä”. Tutkimus osoitti, että henkilökohtaista kätilötyötä saaneet synnyttäjät olivat tyytyväisempiä synnytyksen hoitoonsa. (McCourt ym. 1998: 73-80.)

Uudessa-Seelannissa tehdyn tutkimuksen mukaan yleinen tyytyväisyys synnytykseen oli korkea. Tulosten mukaan merkittäviä eroja ei ilmennyt aktiivisen synnytyksen ryhmän ja verrokkiryhmän kesken. Sadlerin, Davisonin ja McCowanin (2001) tutkimuksessa tyytyväisyyteen liittyvinä riippumattomina tekijöinä voitiin nähdä riittävä kivunlievitys, henkilökohtainen kätilötyö, riittävän tiedon ja selitysten antaminen, realistiset synnytyksen kestoja koskevat odotukset, synnytyksen jälkeisen verenvuodon puuttuminen ja vähemmän kuin kolmen sisätutkimuksen tekeminen synnytyksen aikana. Vastasynnytyneen saaminen äidin syliin mahdollisimman pian syntymän jälkeen liittyi hyvään synnytystyytyväisyyteen. Tässä tutkimuksessa ei kuitenkaan voitu osoittaa, että aktiivinen synnytys lisäisi synnyttäjän tyytyväisyyttä synnytykseen. (Sadler ym. 2001: 225-235.)

5.4.2 Toimenpiteiden välttäminen

Synnytystavalla oli yhteyttä synnytyskokemuksen laatuun: instrumentaalinen synnytys koettiin pääsääntöisesti kielteisempänä kuin alatiesynnytys tai keisarileikkaus. Pitkäkestoinen synnytys oli yhteydessä kielteiseen synnytyskokemukseen. (Tarkka ym. 2000: 184-190; Waldenström 1999: 471-482.) Synnyttäjät, joiden synnytys oli päättynyt instrumentaaliseen ulosauttoon, kokivat synnytyksen äärimmäisen tuskallisena, kun taas spontaanisti alateitse tai keisarileikkauksella synnyttäneet ja synnyttäjät, joiden synny-

tys käynnistettiin, kuvasivat synnytystä vähän ja kohtalaisen tuskallisena. Synnyttäjät, joiden synnytys oli päättynyt instrumentaaliseen ulosauttoon, kokivat muita synnyttäjiä voimakkaammin olevansa kohtalaisessa tai erittäin suuressa riskissä saada vakavia vammoja synnytyksessä. Synnyttäjät, joiden synnytys oli päättynyt instrumentaalisesti, kokivat muita useammin, että synnytyksenaikainen kivunlievitys oli ollut täysin tehoton. Erot kokemuksissa kivunlievityksen tehokkuudessa synnytyksen aikana eivät kuitenkaan olleet tilastollisesti merkittäviä eri synnytystapojen välillä. (Maclean – McDermott – May 2000: 153- 162.)

Synnytyksen vauhdittaminen lääkkeellisin keinoin oli yhteydessä kielteisempään synnytyskokemukseen. Kalvojen puhkaisulla ja ktg-seurannalla ei kuitenkaan ollut yhteyttä synnytystyytyväisyyteen. (Sadler ym. 2001: 225-235; Waldenström 1999: 471-482.) Keisarileikkauksella, ilokaasun käytöllä ja synnytyksen aikaisilla toimenpiteillä oli yhteyttä kielteiseen synnytyskokemukseen (Waldenström 1999: 471-482). Suunniteltu keisarileikkaus ei kuitenkaan ollut yhteydessä synnytyskokemukseen. Uudelleensynnyttäjillä riskitekijöitä kielteiselle synnytykselle ovat ei-toivottu raskaus, synnytyksen käynnistäminen ja kättilön tuen puute synnytyksen aikana. Epiduraalipuudutuksen antaminen pahinta mahdollista kuviteltavissa olevaa kipua lievempään synnytyskipuun sekä vauvan siirto vastasyntyneiden osastolle syntymän jälkeen olivat yhteydessä synnytyskokemuksen laatuun. (Waldenström ym. 2004: 17-27.) Epiduraalipuudutus ja supistusten lääkkeellinen tehostaminen lisäsivät pelkoja ja heikensivät synnyttäjän synnytyskokemusta. Epiduraalipuudutuksen saaneista synnyttäjistä suurempi osa kuin ilman epiduraalipuudutusta synnyttäneistä koki, ettei synnytys vastannut synnytysvalmennuksessa saatua ennakkokäsitystä synnytyksestä. (Vallimies-Patomäki 1998: 95.)

McCourtin, Pagen, Hewisonin ja Vailin (1998) tutkimuksessa henkilökohtaista hoitoa kättilöiltä saaneet synnyttäjät kertovat kokeneensa vähemmän interventioita ja lisäksi heidän suhtautumisensa oli kriittistä kokemistaan toimenpiteistä. Tutkimusryhmän synnyttäjät olivat tyytymättömämpiä synnytyksen vauhdittamiseen, mutta kokivat kuitenkin selviytyneensä hyvin synnytyksestä. Vain vähemmistö kummastakin ryhmästä kertoi kokemuksensa olleen ”kauhean”, mutta tutkimusryhmän synnyttäjät olivat tästä huolimatta hanakampia näkemään kokemuksensa ”kovana mutta ihanana työnä” mieluummin kuin vain yksinkertaisesti ilmaista ”lopuksi kaikki ok”. Tutkimusryhmän synnyttäjät saivat suuremmalla todennäköisyydellä jatkuvaa tukea kättilöltä. (McCourt ym. 1998: 73-80.)

5.5 Hallinnantunteen vahvistaminen

Opinnäytetyössämme hallinnantunteen vahvistamiseen kuuluu asiantuntija-aseman käyttö, tiedon antaminen ja synnyttäjän päätöksentekoon osallistaminen.

5.5.1 Asiantuntija-aseman käyttö

Yksilölliseltä merkitykseltään synnytys on vuorovaikutustapahtuma eli yhteistyötä tai sen epäonnistumista synnytykseen osallistuvien välillä. Henkilökunnan rooli on johtava ja kiitos hyvästä yhteistyöstä kohdistuu pääasiassa kättilöihin. Synnytys ei ole valtapeliä. Synnyttäjät kokevat, että synnyttämisen hetket on mahdollista elää yhdessä hoitohenkilöstön kanssa ja sijansa on myös tunteille, joita saa osoittaa. Henkilökunnan toimilla ja etenkin kättilön persoonalla on suuri merkitys synnytyskokemuksen muodostumisessa. Yhteistyö on toiminut hyvin ja synnyttäjän toiveita on kuunneltu. (Piensoho 2001: 142.) Ensisynnyttäjän käsitys siitä, mitä asioita synnytyksessä voi itse kontrolloida ja hallita, ei voi olla kovin realistinen. Siksi ensimmäinen synnytyskokemus on hallinnan kannalta keskeinen ja asiantuntijoiden mahdollisuus vahvistaa naisen hallinnan kokemusta ja aktiivista osallistumista on ainutkertainen. (Ryttyläinen 2005: 16-17.)

Vaikka kaikkia vaihtoehtoja ei olisikaan synnyttäjän valitsemassa synnytyspaikassa tarjolla, niistä tulisi silti keskustella synnyttäjän kanssa. Kättilö toimii epäeettisesti suodattaessaan ja muokattaessaan synnyttäjän toiveita ja näkemyksiä sairaalan hoitokäytäntöihin sopiviksi. (Hollins Martin 2008: 583-587.) Kättilöiden tapa käyttää tiettyjä asentoja on seurausta sairaalaan ja työyhteisöön liittyvistä tekijöistä (de Jonge ym. 2009: 439-448). Synnyttäjän huolia, toiveita tai suunnitelmia synnytyksen suhteen sivuutetaan helposti vetoamalla synnyttäjän haluun synnyttää terve lapsi. Terve lapsi ja hyvä synnytyskokemus eivät kuitenkaan ole toisiaan poissulkevia päämääriä. Monet hyvään synnytyskokemukseen yhteydessä olevat tekijät ovat hyväksi myös syntyvälle lapselle. Synnyttäjä tuskin valitsee hyvän synnytyskokemuksen vauvan terveyden kustannuksella. Tähän viittaavat syytökset ja vihjaukset voidaan nähdä yrityksinä estää synnyttäjää pyytämästä hyvää, kunnioittavaa hoitoa ja myönteistä synnytyskokemusta. (Remer 2008: 13-16.) Synnyttäjää ei tulisi syyllistää toiveistaan synnytyksen suhteen, sillä nyky-yhteiskunnan sosiaalisen ympäristön ja asiantuntijoiden luoma kuva synnytyksen riskeistä vaikuttaa osaltaan heidän valintoihinsa ja näkemyksiinsä (van der Hulst ym. 2007: 279-286).

Lääketieteellinen asiantuntijuus on alkanut ulottua sairauksien ulkopuolelle ja yhtenä valikoivan medikalisoitumisen keskeisenä alueena ovat olleet naiset ja naiseuteen liittyvät kehon ilmiöt (Vehviläinen 2000: 1). Vehviläisen (2000) tutkimuksen tuloksissa medikalisaatio ilmeni synnytyksen hoidossa kahdella osa-alueella: synnyttäjän hoidon objektina ja asiantuntijan valta. Synnyttäjän asiantuntijuuden syrjäyttäminen ja henkilökohtaisiin asioihin puuttuminen olivat esineellistämisen ilmenemismuotoja. (Vehviläinen 2000: 3-5.) Synnyttäjät kokivat henkilökohtaisiin asioihin puuttumisen kielteisenä (Vehviläinen 2000: 64-67). Medikalisaation ilmenemistä kuvattiin esimerkiksi raskauden ja synnytyksen näkemisenä lääketieteellisenä ilmiönä, lisääntyneenä teknologian käyttönä, asiantuntijan vallankäyttönä ja synnyttäjän kokemuksellisen tiedon syrjäytymisenä. Hoitotilanteissa synnyttäjää oli toimenpiteiden ja hoidon kohteena. (Vehviläinen 2000: 3-5.) Hoitokokemuksissa kielteisinä tekijöinä nousivat ongelmat ja toimenpiteet synnytyksessä. Osa koki hoidossaan kielteisenä synnytyksen pitkittymisen, ponnistusvaiheen pitkittymisen, synnytyskivut tai perätilasynnytyksen. Nämä kokemukset eivät liity varsinaisesti medikalisaatioon, sillä ne ovat universaaleja ja luonnollisia kielteisen kokemuksen syiksi. (Vehviläinen 2000: 78.) Kielteisissä hoitokokemuksissa asiantuntijan valta esiintyi neljällä tavalla: synnyttäjän oman käsityksen vähättelynä, kättilön tyyliä asennoitumisena tai synnyttäjän moittimisena sekä asiantuntijoiden välisinä ristiriitoina (Vehviläinen 2000: 80).

Objektina oloa naiset kuvasivat hoitokokemuksissaan nöyryyttävinä tutkimus- ja hoitotilanteina tai riittämättömänä tiedonsaantina. Intiimin alueen paljastaminen on arkaluontoista ja hienotunteisuus oli merkittävä tekijä synnyttäjän ruumiillisen eheyden kannalta. Synnytyksessä hienotunteisuus korostuu vielä enemmän, kun siihen liittyy kipua, huolta, pelkoa ja riippuvuutta henkilökunnasta. Esineellistäminen liittyi siihenkin, että synnytykseen tuli mukaan ylimääräisiä ihmisiä, yleensä lääketieteen opiskelijoita. Synnyttäjää saatettiin jättää pitkäksi aikaa gynekologiseen asentoon, joka tuntui synnyttäjältä nöyryyttävältä ja alentavalta. Makuuasennossa synnytetäessä synnyttäjää ei ole pääosassa vaan pääosassa on asiantuntija, jolla on esteetön työasento. (Vehviläinen 2000: 79.) Synnytyksen seurantalaitteet ja johdot koettiin kahlitseviksi ja sairaalan ruutiinit ja pakkotahtisuus lamaannuttavana. Sairaalaympäristö ei kannustanut synnyttäjää aktiivisuuteen. ”Piti synnyttää nopeasti ja tehokkaasti, tehdä tilaa uusille synnyttäjille”, kun synnytyssaleissa oli ruuhkaa. Kehon kuunteleminen ja synnytysasennon valitseminen ei ollut mahdollista. (Ryttyläinen 2005: 134-136.)

Kivun kokemisella on suuri merkitys ja synnytyksissä on käytetty paljon tekniikkaa ja lääketieteellisiä toimenpiteitä. Näissä kokemuksissa synnytyksen epäonnistuminen on aiheutunut henkilökunnan toimista mutta samalla koetaan, ettei synnyttäjällä ole minäänlaista vaikutusvaltaa. Jälkikäteen synnyttäjä saattaa ihmetellä, miksi suostui huonoon kohteluun. (Piensoho 2001: 139-141.) Vahvasti synnytystyytyväisyyteen yhteydessä oli se, että synnyttäjä uskoi aina saaneensa riittävästi selityksiä henkilökunnan taholta siitä, mitä tapahtui ja että henkilökunnan suorittamat toimenpiteet olivat välttämättömiä (Sadler ym. 2001: 225-235).

5.5.2 Tiedon antaminen

Synnyttäjät pitivät tiedon saamista tärkeänä synnytyksen kaikissa vaiheissa. Erityisesti ensisynnyttäjille tiedon saaminen oli tärkeässä asemassa. Supistusten tehostaminen nosti erityisen tarpeen saada tietoa toimenpiteistä. Tiedonsaannilla oli yhteyttä esimerkiksi lievempiin supistuskipuihin. Erilaisten ongelmatilanteiden, kuten lapsen alhaisten Apgarin pisteiden tai synnytyksen kääntymisen epäsäännölliseksi, esiintyessä saadun tiedon määrä koettiin helposti riittämättömäksi. (Vallimies-Patomäki 1998: 91-92.) Synnyttäjän luottamus siihen, että henkilökunta selitti aina riittävästi, mitä tapahtuu ja miksi tehdyt toimenpiteet olivat tarpeellisia, oli vahvasti yhteydessä synnytystyytyväisyyteen ja parhaaseen mahdolliseen lopputulokseen (Sadler ym. 2001: 225-235). Tyytyväisyys synnytyksen edistymisestä saatuun tietoon, mahdollisuus osallistua synnytyksenaikaiseen päätöksentekoon ja tukea antava kättilö vähensivät riskiä kokea synnytys kielteisenä (Waldenström ym. 2004: 17-27).

Hallinnan kannalta on tärkeää, että henkilökunta tekee synnyttäjälle tilannekartoituksen riittävän usein (Mäki-Kojola 2009: 30-32). Hyvään synnytyskokemukseen liittyi hoitohenkilökunnalta saatu informaatio, jonka avulla naiset pystyivät arvioimaan muista lähteistä saatua tietoa. Synnyttäjät nostivat tärkeäksi tiedonsaannin hoitohenkilökunnalta: nykyisessä mediavaltaisessa maailmassamme naiset halusivat arvioida muualta saatua tietoa ammattihenkilöiden avulla. Hoitohenkilökunta nähtiin tutkimuksen mukaan luotettavana tiedonlähteenä, uskottavampana kuin media. (Tiedje – Price 2008: 144-150.)

Synnyttäjät kokivat saavansa riittämättömästi tietoa synnytyksen aikana. (Vehviläinen 2000: 79.) He kertoivat kaivanneensa enemmän tietoa synnytyksen etenemisestä ja toimenpiteistä, lapsen voinnista ja keisarileikkauksesta (Vallimies-Patomäki 1998: 88; Vehviläinen 2000: 80) Tiedon riittämättömyyttä koettiin seuraavissa teemoissa: riittämätön tieto synnytyksen etenemisestä ja toimenpiteistä sekä riittämätön tieto hätä- ja yllättävissä tilanteissa. Synnyttäjän oli vaikea hallita synnytystä, kun ei saanut riittävästi tietoa tilanteestaan. Hätä- ja kiireellisissä tilanteissa synnyttäjille ei selvitetty riittävästi, miksi synnytys joudutaan päättämään keisarileikkauksella, mitä lapselle tapahtuu tai miksi synnytys ei edisty. (Ryttyläinen 2005: 141-142.)

Kätilön läsnäolon määrällisellä kestolla oli yhteys synnyttäjän saaman tiedon määrään. Selviytymiskeinojen käyttö vähensi tarvetta epiduraalipuudutukselle, lievitti pelkoja ja vähensi keisarileikkauksen todennäköisyyttä. (Vallimies-Patomäki 1998: 91, 96, 106.) Kätilön tuttuudella ei ollut merkitystä synnyttäjien tyytyväisyyteen annetusta tiedosta (Hicks ym. 2004: 617-628).

5.5.3 Päätöksentekoon osallistaminen

Valtaosa kätילוistä suhtautuu myönteisesti synnyttäjän osallistumiseen omaa synnytyksenaikaista hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Synnyttäjää rohkaistaan aktiiviseen rooliin päätöksenteossa ja ilmaisemaan näkemyksiään, jotta kätילו voisi muodostaa kuvan synnyttäjän tarpeista, toiveista ja arvomaailmasta. Synnyttäjät haluavat vaihtoehtoja ja päätöksenteko-oikeuden synnytyksessä. Osallistuminen päätöksentekoon on tärkeä osa hallinnantunnetta ja tunteiden käsittelyä. (Hollins Martin 2008: 583-587.) Vaikka kipu, synnyttäjän työllisyystilanne, odotukset ja hallinnantunne olivat kaikki yhteydessä synnytyskokemukseen, vain hallinnantunne oli tilastollisesti merkittävässä osassa synnytyskokemuksen muodostumisessa. Hallinnantunne oli myös yhteydessä tyytyväisyyteen vauvasta sekä tyytyväisyyteen hoitohenkilökunnan osallistumisesta synnytyksen aikana. (Goodman ym. 2004: 212-219; Hollins Martin 2008: 583-587.) Synnytyksenaikaiseen hallinnantunteeseen käsitetään kuuluvaksi, että synnyttäjä saa riittävästi tietoa tilanteestaan, synnyttäjälle selitetään tehtävät toimenpiteet ja synnyttäjä osallistuu päätöksentekoon hoitoaan koskevissa kysymyksissä (Waldenström 1999: 471-482).

Kun synnytys sujuu jotakuinkin normaalisti odotusten mukaisesti, on synnyttäjän helpompi kokea hallitsevansa sitä. Kätilön läsnäolo lujitti synnyttäjän hallinnan tunnetta. Läsnäolijalta ei odotettu kovin aktiivista toimintaa vaan riitti, että hän oli paikalla. (Ryttyläinen 2005: 125-127.) Kätilön läsnäolo, synnyttäjän fyysisten tarpeiden ja mielialan huomiointi sekä tiedonsaaminen olivat yhteydessä hoitokeskustelun käymiseen. Hyvät osallistumismahdollisuudet hoitoa koskevaan päätöksentekoon olivat yhteydessä myönteiseen synnytyskokemukseen. Hallinnantunteella oli yhteyttä synnytyskokemuksen laatuun: huono kokemus hallinnasta lisäsi kipuja, suoriutumispelkoja, altisti epäsäännölliselle synnytykselle ja lisäsi epiduraalipuudutukseen päätyminen todennäköisyyttä heikentäen samalla synnytyskokemusta. (Vallimies-Patomäki 1998: 105, 113, 120.)

Synnyttäjät pitivät tärkeänä kommunikaation toimimista. Kuulluksi tuleminen ja omaan hoitoon osallistuminen sekä tilanteen tasalla pitäminen antoivat voimaa ja uskoa selviytymiseen. (Mäki-Kojola 2009: 30-32.) Tutkimuksesta nousi vahva todiste myös siitä, että synnyttäjät halusivat ammattihenkilön vastuulliseksi päätöksenteosta, kun oli päätöksenteon aika. Synnyttäjät eivät välttämättä halunneet olla hallitsevassa asemassa, vaan pitivät oleellisempina hallinnantunteen jatkuvuutta. Jotkut synnyttäjät halusivat neuvotella kaikesta hoidosta kätilön kanssa, joillekin sopi jaettu päätöksenteko. Synnytyksen hoidossa hallintaan vaikuttaa lääketieteelliset tekijät ja osittain synnyttäjän tarpeet ja persoonallisuus. Hallinnan tunteen kannalta tärkeiksi mainittiin myös kompetenssi, luottavaisuus, kontrolli, myötätunto ja avoin keskusteleminen. (Tiedje – Price 2008: 144-150.)

Hoitohenkilökunta voi myös estää synnyttäjän hallinnan toteutumista esimerkiksi pitämällä päätöksenteko-oikeuden synnytyksen aikana pääosin itsellään tai kohtelemalla synnyttäjää avuttomana ja kykenemättömänä tekemään päätöksiä. Hoitohenkilökunta voi myös edistää hallinnan tunteen toteutumista vahvistamalla synnyttäjän itsetuntoa ja omanarvontuntoa ottamalla hänet osaksi omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon ja antamalla tietoa tämän päätöksenteon tueksi. Synnyttäjän luottamus omiin ja toisten hallinnan mahdollisuuksiin synnytyksen aikana on osoittautunut olevan selvästi yhteydessä hänen synnytyskokemustyytyväisyyteensä. Kielteiseen synnytyskokemukseen liittyy kokemus hallinnan menettämisestä tai sen puuttumisesta. (Ryttyläinen 2005: 16-17.)

Ryttyläisen (2005) tekemän tutkimuksen tuloksista voi päätellä, että myönteisen kokemuksen muodostuminen ensisynnytyksessä on tärkeää hallinnan tunteen syntymiselle myöhemmin. Hallinta synnytyksen hoidon aikana on vuorovaikutuksellista. Hallinnan sisällön selkiyttäminen vaatii toisiaan täydentävien, erilaisten näkökulmien ja menetelmien käyttöä. (Ryttyläinen 2005: 122-123.) Päätöksenteossa synnyttäjän kättilöltä saamalla varmennuksella tai tuella päätösten suhteen ei ollut tilastollisesti merkittävää yhteyttä synnytyskokemuksen laatuun (Tarkka ym. 2000: 184-190). Suurimmassa riskissä kielteisen synnytyskokemuksen suhteen olivat synnyttäjät, jotka kokivat tilanteen olevan hallitsemattomissa. Hallinnantunteen puute synnytyksen aikana, tyytymättömyys mahdollisuuksiin osallistua päätöksentekoon synnytyksenaikaisesta hoidosta, kysymyksille riittämätön aika neuvolakäynneillä ja hoitohenkilökunnalta saatavan tuen puute olivat yhteydessä kielteiseen synnytyskokemukseen. (Waldenström ym. 2004: 17-27.)

Mahdollisuus valita mukavin asento synnytyksen aikana lisää synnyttäjän kokemusta hallinnan tunteesta. Hallinnan tunne on merkittävin tekijä myönteisen synnytyskokemuksen muodostumiselle. Tutkimusten perusteella on olemassa jonkinlaista näyttöä siitä, että synnytysasennon valinnan vapaus on riippuvainen paitsi sairaalakäytänteistä myös synnyttäjän persoonasta. Asennon vapaa valitseminen oli oleellisempaa kuin käytetty asento itsessään. On havaittu, että hoitokäytännöistä riippumattoman kättilön toimintaan sisältyy ohjaus muihin kuin makuuasentoihin. Lisäksi synnyttäjän voimaannuttaminen asennon vapaaseen valintaa saattaa tuoda asentojen vaihtoehtoja näkyvimiksi. Kättilöillä onkin merkittävä rooli synnyttäjän ohjaamisessa mahdollisimman mielluisan asennon löytämiseksi. (de Jonge ym. 2009: 439-448.)

Ryttyläisen (2005) tutkimuksessa päätöksentekoon osallistumiseen sisältyi neuvotteleva päätöksenteko, valinnan mahdollisuuksien antaminen, asiantuntijan päätös ja naisen päätös. Keskeistä tutkimuksessa oli, että synnyttäjän toiveita ja tuntemuksia kuunneltiin ja ne vaikuttivat hoidossa tehtäviin ratkaisuihin. Toiveen toteutuminen ei ollut olennaista vaan toiveen esittämisen mahdollisuus. Hallinnan kokemus synnytyksessä vahvistuu, kun synnyttäjälle tarjotaan mahdollisuus valita esimerkiksi synnytysasento, kivunlievitysmenetelmä tai supistuksia vauhdittavan lääkityksen saaminen. Hieman paradoksaalisesti hallinnan tunnetta edisti myös se, että kättilö, joskus lääkäri, otti ohjat käsiinsä synnyttäjän puolesta nimenomaan ponnistusvaiheessa. Tällöin synnyttäjän

hallintaa tuki asiantuntijan ottama hallitseva rooli, jolloin hallinnan tunne siirtyi asiantuntijan puolelle hetkellisesti. (Ryttyläinen 2005: 128-130.)

Osallistumattomuus päätöksentekoon käsitti synnyttäjän toiveiden ja tuntemuksien ohittamisen päätöksenteossa, asiantuntijan ehdottoman päätöksen, valinnan mahdollisuuden eväämisen ja synnyttäjän vastuullistamisen päätöksenteosta synnytyksen aikana. Kätilöt saattoivat tehdä päätöksiä synnyttäjän puolesta omalla auktoriteetillaan neuvottelematta synnyttäjän kanssa. ”En saanut itse valita synnytysasentoa” oli varsin yleinen maininta Ryttyläisen (2005) tutkimuksessa. (Ryttyläinen 2005: 136-138.) Osa synnyttäjistä uskoi, että synnytys on tapahtuma, joka ohjautuu ulkoisesti, on primitiivisesti luonnon tai Jumalan tahdon vallassa. Hallinta edellyttää synnyttäjän omaa pyrkimystä vaikuttaa synnytyksen hoitoon ja hoitoympäristöön. (Ryttyläinen 2005: 17-18.)

Synnyttäjän ikä vaikutti olevan tärkeä tekijä määrittämässä kätilön mahdollisuutta vaikuttaa päätöksentekoon, erityisesti koskien synnytyksen jouduttamista tai instrumentaalista synnytystä. Kätilöt kokivat omaavansa enemmän valtaa päätöksentekoprosessissa, kun synnyttäjä oli alle 30-vuotias. (van der Hulst ym. 2007: 279-286).

Henkilökohtaista hoitoa saaneilla synnyttäjillä oli myönteisemmät näkemykset synnytyksestä. He luottivat omaan kätilöönsä tuen, myötätuntoisen hoidon, kumppanuuden, tiedonannon ja asianajajuuden teemoissa. Kätilö toimi linkkinä synnyttäjän ja lääkärin välisessä vuorovaikutuksessa: kätilö selitti synnyttäjälle lääkärin näkemyksiä, toisaalta toi lääkärin tietoon synnyttäjän toiveet. Tavanomaista hoitoa saaneiden synnyttäjien mielipiteet saadun hoidon laadusta vaihtelivat enemmän kuin henkilökohtaista hoitoa saaneiden. Jotkut tavanomaista hoitoa saaneet synnyttäjät olivat erittäin pettyneitä hoitoonsa. (McCourt ym. 1998: 73-80.) Kun synnyttäjää hoiti jo raskauden ajalta tuttu kätilö, synnyttäjä oli tyytyväisempi saamansa hoidon laatuun esimerkiksi eri kivunlievitysmenetelmien käytössä ja synnytyspaikan suhteen verrattuna synnyttäjiin, jotka eivät olleet tavanneet synnytystä hoitavaa kätilöä ennalta. Tutun kätilön hoidossa synnyttäjät olivat tietoisempia valinnanmahdollisuuksistaan. (Hicks ym. 2004: 617-628.)

5.6 Synnytysympäristö

Synnytysympäristöön kuuluu fyysinen ympäristö ja ilmapiiri.

5.6.1 Fyysinen ympäristö

Tutkimuksissa tuli esille ympäristön merkitys synnytyskokemuksen muodostumisessa. Synnytyksen käynnistyessä kotona oleminen koettiin rauhoittavana ja rentouttavana. Sairaalassa kodinomaisuus koettiin tärkeäksi rentoutumiselle. (Mäki-Kojola 2009: 30-32.) Rauhoittavan hoitoympäristön ja -tilanteen elementtejä olivat sujuva synnytys, läsnäolo, kiireettömyys ja kodikkuus, laitteet ja sairaala (Mäki-Kojola 2009: 32-34; Ryttyläinen 2005: 125-127; Vallimies-Patomäki 1998: 78). Keskittyneisyys ja tarve omaan rauhaan oli synnytyksessä voimakasta. Mielenhallinnan tekniikat mahdollistivat vajoamisen häiriintymättömästi synnytysregressioon, jolloin naisen koko keskittyneisyys on suunnattu kivunhallintaan ja vauvan syntymään. (Mäki-Kojola 2009: 32-34.) Kehon ja itseluottamuksen huomiointi ja rauhallinen hoitoympäristö olivat merkitseviä hallinnan tunteen lisääjiä (Ryttyläinen 2005: 122-123).

Joillekin synnyttäjistä synnytyssalissa käytössä oleva tekniikka toi turvallisuudentunnetta (Vallimies-Patomäki 1998: 78). Jotkut synnyttäjistä kokivat musiikin luovan kodikasta tunnelmaa synnytyssalissa (Mäki-Kojola 2009: 32-34). Kotisynnytys ei välttämättä ole paras vaihtoehto ja vastakohta sairaalasyntytykselle, vaan oikeastaan sairaalasyntytystä tulisi kehittää kodikkaampaan suuntaan. Myös synnytyssuunnitelman teosta voisi olla apua tavoitteen saavuttamiseksi. (Hollins Martin 2008: 583-587.) Tutkimuksen mukaan hoitavan kättilön tapaaminen ennen synnytystä vähensi synnyttäjän riskiä kielteiseen synnytyskokemukseen. (Waldenström ym. 2004: 17-27.)

5.6.2 Ilmapiiri

Ympäristöön luetaan kuuluvaksi paitsi synnytyssalin fyysinen ympäristö myös hoitavien henkilöiden luoman ilmanpiirin leppoisuus ja rentous. Levollinen ilmapiiri "tarttui" myös synnyttäjään. (Ryttyläinen 2005: 125-127.) Synnytyssalin ilmapiiri oli synnyttäjän oppimiskokemuksiin vaikuttava tekijä. Onnistumisen elämykset saadaan usein niistä kokemuksista, joissa ihminen voi kokea olevansa arvostettu ja hyväksytty. (Piensoho 2001: 178-179.)

Synnytyssalin ilmapiiri saattoi joskus muodostua kireäksi eikä synnyttäjää kokenut saavansa tukea tai lohtua ammattilaiselta (Vallimies-Patomäki 1998: 78). Henkilökunnan kiireisyys nosti kynnystä kysyä epäselväksi jääneitä asioita (Vallimies-Patomäki 1998: 87). Synnyttäjä koki usein avuttomuutta ja turvattomuutta synnytyksessään. Joskus synnyttäjää saattoi kokea olevansa häiriötekijä omassa synnytyksessään ja tunsii häiritsevänsä lääkäreitä ja kätilöitä kysymyksillään ja pelkällä olemassaolollaan. (Piensoho 2001: 202-203.) Pääosin synnytyssalin ilmapiiri koettiin kuitenkin ystävällisenä, ammattitaitoisena, turvallisena ja rauhallisena (Vallimies-Patomäki 1998: 78).

Turvallisuutta luovia elementtejä olivat sosiaalinen tuki, tieto, syntymää edeltävät hoitokokemukset, puolison tuki, toimeentulo ja myönteiset kertomukset. Uudelleensynnyttäjien turvallisuudentunnetta lisäsivät myös myönteiset aiemmat raskausajat. Turvallisuus näyttäytyi suojautumisena ulkopuolista vaaraa kohtaan, mielen tasapainoisuutena, järjestyksenä, orientaationa, harmittomuutena, luottamuksena, varmuutena ja tyyneytenä. Sosiaalisen tuen antajiksi luettiin puoliso, vanhemmat, sisarukset ja muut sukulaiset, ystävät ja työtoverit. Puolison tukea saatiin esimerkiksi keskustelemalla kodin ja perheen tärkeistä asioista. Tieto turvallisuutta synnyttävänä tekijänä sisälsi synnytykseen, vauvanhoitoon ja raskauteen liittyvät osatekijät. Kokemukset raskauden aikaisesta terveydenhuollosta sisälsi vierailut äitiyspoliklinikalla, ammattilaisten antaman tuen ja erilaiset raskaudenaikaiset tutkimukset. Toimeentulo käsitti pääasiassa työn tai opiskelun ja taloudellisen tilanteen. Myönteisiä kertomuksia toisilta kuultiin liittyen raskauteen, synnytykseen ja vauvanhoitoon. (Melender 2002: 37-38.)

Pelot ilmenivät synnyttäjissä stressioireina, jokapäiväiseen elämään vaikuttavina tekijöinä, toiveena saada keisarileikkaus, ja toiveena välttää raskaus ja synnytys. Kaikki pelot ilmenivät useammin ensisynnyttäjillä kuin uudelleensynnyttäjillä. Synnytykseen liittyvät pelot ilmenivät useammin niillä ensisynnyttäjillä, jotka eivät olleet käyneet synnytysvalmennuksessa kuin niillä, jotka olivat valmentautuneet. Tärkein pelon aihe oli hallinta, joskin elektiivinen keisarileikkaus ja työttömyys olivat myös suuria pelon aiheuttajia. (Melender 2002: 38.)

5.7 Yhteenveto

Olemme raportoineet erilaisista synnytyskokemukseen vaikuttavista kätilötyön interventioista. Yhteenvetona voimme todeta, että monet synnytyskokemukseen vaikuttavista

tekijöistä ovat tutkimusten mukaan laadultaan psyykkisiä, emotionaalisia ja sosiaalisia. Useisiin tekijöihin voi vaikuttaa jo pelkästään toteuttamalla hyvää, eettisesti kestäväää kätilötyötä.

Hyvän synnytyskokemuksen mahdollistamiseksi kätilön on huomioitava synnyttäjän taustatekijät, toiveet, näkemykset ja persoonallisuus. Kaikki taustatekijät eivät ole synnytyskokemuksen kannalta merkityksellisiä, mutta saattavat vaikuttaa synnytyskokemuksen muodostumiseen osana synnyttäjän persoonallisuutta. Kätilön henkilökohtaisilla ominaisuuksilla, ammatillisuudella ja käyttäytymisellä on tutkimusten mukaan merkitystä synnytyskokemuksen muodostumisessa. Myös kätilön tavalla toteuttaa kätilötyötä on yhteyttä synnytyskokemuksen myönteisyyteen tai kielteisyyteen: vahvan ammattitaidon lisäksi kätilön on kyettävä voimaannuttamaan synnyttäjää osalliseksi synnytysprosessiin. Sairaalan hoitokäytänteiden ei pidä sanella synnytyksen kulkua.

Synnytyskipu on olennainen osa synnytystä. Tehokas kivun lievittäminen ei yksin takaa synnyttäjän myönteistä synnytyskokemusta. Tärkeämpää on, että synnyttäjä kokee tulleen kuulluksi, saa kokonaisvaltaista tukea ja toivomaansa kivunlievitystä sekä osallistuu yhteiseen päätöksentekoon. Synnyttäjän tulee saada tuntea hallitsevansa omaa synnytystään. Hoidon jatkuvuus ja tuttu kätilö näyttävät olevan merkityksellisiä hallinnantunteen vahvistumiselle.

Konkreettiset interventiot koettiin usein kielteisinä ja synnytysprosessia häiritsevinä. Jopa niin tavanomaiset interventiot kuten synnytyksen vauhdittaminen tai episiotomia saattoivat merkittävästi huonontaa synnytyskokemuksen laatua. Riittävä tiedonsaanti oli yhteydessä parempaan synnytyskokemukseen myös niissä tilanteissa, joissa interventiot olivat lääketieteellisistä syistä välttämättömiä (esimerkiksi kiireellinen keisarileikkaus). Tutkimuksissa synnyttäjät toivat esille tiedonsaannin riittämättömyyttä eli kätilön olisi kiinnitettävä paremmin huomiota synnyttäjän informointiin. Myös synnyttäjän kumppanin huomiointi tai huomioimatta jättäminen oli merkityksellistä synnytyskokemuksen kannalta: jos kumppania ei huomioitu ja ohjattu, synnyttäjän sosiaalinen tuki jäi vähäisemmäksi.

Tutkimuksissa tuli selkeästi esille, ettei ole yhdentekevää millaisessa ympäristössä synnyttäjä on. Fyysisen ympäristön lisäksi ilmapiirillä, erityisesti sen rauhallisuudella, turvallisuudella ja kodinomaisuudella, oli vaikutusta synnytyskokemukseen. Sairaalaympä-

ristö koettiin pääasiassa myönteisenä, vaikka joissakin yksityiskohdissa olisi parantamisen varaa. Myös sairaalassa synnyttäjän yksityisyyttä on kunnioitettava poikkeuksetta. Synnytys on henkilökohtainen tapahtuma, johon liittyy paljon voimakkaita tunteita. On tärkeää luoda hyväksyvä ilmapiiri tunteiden ilmaisulle.

6 Pohdinta

Opinnäytetyötä varten olemme lukeneet paitsi tutkimukseen mukaan otettuja tekstejä myös lukemattoman määrän synnytyksenhoidon teoriaa ja käytännön synnytyksenhoitoa käsitteleviä teoksia. Aiheeseen on perehdytty syvällisesti ja saatu tieto on enimmäkseen neutraalia niin synnytyksenhoidon teoriasta kuin käytänteistä. Näkemys aiheesta on laajentunut ja osa ennakkokäsityksistä saanut vahvistusta. Tutkimus tuotti myös yllättävää tietoa.

Tutkimusten luotettavuus on pyritty varmistamaan ja opinnäytetyön sävy pitämään tieteellisen neutraalina. Valitut tutkimukset ovat peräisin tieteellisistä tietokannoista ja julkaisuista, joiden laatua valvotaan. Osa valituista tutkimuksista oli niukasti tai kirjavasti raportoitu. Päädyimme kuitenkin sisällyttämään ne opinnäytetyön aineistoon, koska niiden tulokset liittyivät olennaisesti tutkimuskysymykseen. Tulokset on raportoitu mielestämme kattavasti: mukaan sisällytettiin myös kielteiset ja ristiriitaiset tulokset. Tavoitteena oli mahdollisimman laadukas tieteellinen työ ennalta määritellyjä sisäänotto- ja poissulkukriteereitä noudattaen.

Opinnäytetyötä tehdessä ilmeni, että pienillä asioilla on suuri merkitys. Kätilön yksittäiset sanat, teot ja tekemättä jättämiset jäävät synnyttäjän muistiin ja saattavat vaikuttaa olennaisesti synnytyskokemukseen ja tulevaan äitiyteen. Synnytys on äärimmäisen herkkä tapahtuma ja synnyttäjä saattaa reagoida vahvasti pieneenkin epäkohtaan. Kätilön näkökulmasta pienillä rutiinitoimenpiteillä tai huomiotta jättämisellä saattaa olla pysyviä seurauksia synnyttäjän kokemukseen synnytyksen kulusta.

Merkittävin huomio oli, miten monet käsitellyistä interventioista kuuluvat eettisesti kestävään ja hyvään kätilötyöhön. Tiedon antaminen, tuki, jaettu päätöksenteko, hallinantunteen vahvistaminen, ympäristö ja synnyttäjän asiallinen ja yksilöllinen kohtelu ovat tuttuja käsitteitä, joita opetetaan jo kätilökoulutuksen aikana. Ne mainitaan myös

WHO:n suosituksissa sekä ETENE:n kannanotossa. Hyvän syntymän hoitotyön kehittämiseksi tulisi huomioida nykyistä paremmin kokonaisvaltaisuus ja yksilöllisyys. Parantamisen varaa näyttäisi olevan yksittäisten interventioiden käytön tarpeellisuuden arvioinnissa.

Opinnäytetyön tekeminen vahvisti käsitystä, että kätilö tekee työtä persoonallaan. Lempeät otteet, jämäkkyys, empatia, vuorovaikutustaidot ja kyky kohdata synnyttäjää ja hänen perheensä ovat keskeisiä osaamisalueita kädentaitojen lisäksi. Synnyttäjän kunnioittaminen ja kuunteleminen ovat hyvän synnytyksenhoidon ja myös hyvän syntymän lähtökohtia.

Tutkimuksen alussa meillä oli ennakkokäsitys, millaisia tuloksia voisi olla odotettavissa. Tutkimuksessa on siitä huolimatta tavoiteltu puolueetonta ja avointa tutkimusotetta. Silti tulokset vastasivat suurelta osin ennakkokäsitystä.

Synnytyskokemuksen merkitystä tulisi korostaa entisestään niin koulutuksessa kuin käytännön työelämässä. Kätilötyön kehittäminen ei ole vain yksittäisen kätilön vastuulla, vaan lähtee johtotasolta. Esimerkiksi synnyttäjien mielestä tärkeälle synnytyskeskustelulle olisi luotava konkreettiset mahdollisuudet kätilötyön rutiineissa. Asiantuntijaryhmien määrittelemät suositukset ja kannanotot tulisi ottaa osaksi jokapäiväistä kätilötyötä. Tällä hetkellä synnytyssaleissa työskentelee monenlaisen koulutuksen saaneita kätilöitä. Kätilöiden yhtenäisen osaamisen kehittäminen täydennyskoulutuksella päivittäisi tietoja ja käytänteitä sekä toisi uusinta tutkimustietoa näkyväksi.

Opinnäytetyön tuottamaa tietoa hyödynnetään pitämällä oppitunti yhteistyössä Metropolian kätilöopettajien kanssa kätilöryhmälle osana syntymänaikaisen kätilötyön teoriaopetusta. Lisäksi aiomme kirjoittaa artikkelin opinnäytetöihömme pohjautuen, ja tarjota sitä julkaistavaksi Kätilölehti-lehdessä.

Lähteet

- Ahonen, Pia 2001: Matalan ja korkean riskin ensisynnyttäjien raskaudenaikaiset odotukset ja synnytyskokemukset. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja. Turku.
- Chapman, Vicky (toim.) 2004: The midwife's labour and birth handbook. Blackwell: USA.
- Crabtree, Sue 2004: Midwives constructing 'normal birth'. Teoksessa Downe, Soo 2004: Normal birth. Evidence and debate. Churchill Livingstone Elsevier.
- Downe, Soo 2009: The transition and second stage of labour. Teoksessa Fraser, Diane M. – Cooper, Margaret A. (toim.) 2009: Myles textbook for midwives. Churchill Livingstone Elsevier. 15. painos. Sivut 509-530.
- Downe, Soo – McCourt, Christine 2004: From being to becoming: reconstructing child-birth knowledges. Teoksessa Downe, Soo (toim.) 2004: Normal birth. Evidence and debate. Elsevier Limited. Churchill Livingstone.
- Duodecim Lääketieteen sanasto 2009: Interventio. <http://www.terveysportti.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=Itt01376&p_haku=interventio> Verkkodokumentti. Luettu 29.10.2009.
- ETENE (Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta) 2009: Synnytyksessä toteutettavan hoidon eettiset perusteet. <http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17300&name=DLFE-589.pdf>
- Haapio, Sari – Koski, Kirsti – Koski, Pirjo – Paavilainen, Riitta 2009: Perhevalmennus. Edita: Porvoo.
- Haapio, Sari – Pietiläinen, Sirkka 2007: Perhe- ja synnytysvalmennus. Teoksessa Paananen, Ulla – Pietiläinen, Sirkka – Raussi-Lehto, Eija – Väyrynen, Pirjo – Äimälä, Anna-Mari (toim.) 2007: Kätilötyö. Edita: Helsinki. Sivut 201-205.
- Hall, Jennifer – Taylor, Meg 2004: Birth and spirituality. Teoksessa Downe, Soo (toim.) 2004: Normal birth. Evidence and debate. Churchill Livingstone Elsevier.
- Hannula, Leena – Kaunonen, Marja 2006: Systemaattinen kirjallisuuskatsaus osana hoitotyön suositusten laadintaa. Esimerkkinä imetysohjaus. Artikkel. Sairaanhoitaja 12/2006, vol 79. Sivut 21-24.
- Hautaniemi, Soili – Melender, Hanna-Leena 2007: Ensisynnyttäjän kokemuksia kyvyistään selviytyä synnytyksessä. Artikkel. Kätilölehti 2/2008. Sivut 48-53.
- Ihme, Anu – Rainto, Satu 2008: Naisen terveys. Edita: Helsinki.

- Kalso, Eija – Kontinen, Vesa 2009: Kivun fysiologia ja mekanismit. Teoksessa Kalso, Eija – Haanpää, Maija – Vainio, Anneli (toim.) 2009: Kipu. Kustannus Oy Duodecim. Otava: Keuruu. Sivut 77-78, 88-91.
- Kitzinger, Sheila 2008: The Complete book of Pregnancy & Childbirth. Fourth edition. Alfred A Knopf: New York
- Kylmä, Jari – Juvakka, Taru 2007: Laadullinen terveystutkimus. Edita: Helsinki.
- Latvala, Eila – Vanhanen-Nuutinen, Liisa 2001: Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Kirjasta Janhonen, Sirpa – Nikkonen, Merja (toim.) 2001: Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. WSOY: Helsinki.
- Lawrence Beech, Beverley – Phipps, Belinda 2004: Normal birth: women's stories. Teoksessa Downe, Soo (toim.) 2004: Normal birth. Evidence and debate. Churchill Livingstone Elsevier.
- Leap, Nicky – Anderson, Tricia 2004: The role of pain in normal birth and the empowerment of women. Teoksessa Downe, Soo (toim.) 2004: Normal birth. Evidence and debate. Churchill Livingstone Elsevier.
- Liukkonen, Anja – Heiskanen, Päivi – Lahti, Anneli – Saarikoski, Seppo 1998: Synnytuskivun lievittäminen. Kirjayhtymä Oy: Tampere.
- Lothian, Judith – DeVries, Charlotte 2005: The Official Lamaze Guide. Meadowbrook Press: New York.
- McCormick, Carol 2009: Active first stage of labour. Teoksessa Fraser, Diane M. – Cooper, Margaret A. (toim.) 2009: Myles textbook for midwives. Churchill Livingstone Elsevier. 15. painos. Sivut 477-491.
- McCormick, Carol 2009: The first stage of labour: physiology and early care. Teoksessa Fraser, Diane M. – Cooper, Margaret A. (toim.) 2009: Myles textbook for midwives. Churchill Livingstone Elsevier. 15. painos. Sivut 457-475.
- McDonald, Sue 2009: Physiology and management of the third stage of labour. Teoksessa Fraser, Diane M. – Cooper, Margaret A. (toim.) 2009: Myles textbook for midwives. Churchill Livingstone Elsevier. 15. painos. Sivut 531-554.
- Miettinen, Aila 2009: Synnytys epiduraalipuudutukset Suomessa. Artikkel. Kättilölehti 4/2009, kesäkuu, 114. vuosi. Sivu 21.
- Miettinen-Jaakkola, Aila 1992: Nainen naiselle. Luonnollinen syntymä. Kääntöpiiri: Hämeenlinna.
- Odent, Michel 1986: Luonnonmukainen synnytys. Onnellinen ja turvallinen menetelmä äidin ja lapsen parhaaksi. Gummerus: Jyväskylä.
- Pienimaa, Anna-Kaisa 2007: Kättilötyö tänään. Teoksessa Paananen, Ulla – Pietiläinen, Sirkka – Raussi-Lehto, Eija – Väyrynen, Pirjo – Äimälä, Anna-Mari (toim.) 2007: Kättilötyö. Edita: Helsinki. Sivut 25-30.

- Pudas-Tähkä, Sanna-Mari – Axelin, Anna 2007: Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen rajausta, hakutermit ja abstraktien arviointi. Teoksesta Johansson, Kirsi – Axelin, Anna – Stolt, Minna – Ääri, Riitta-Liisa 2007: Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun Yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. A:51/2007. Turku.
- Raussi-Lehto, Eija 2007: Syntymänaikainen kättilötyö. Teoksessa Paananen, Ulla – Pietiläinen, Sirkka – Raussi-Lehto, Eija – Väyrynen, Pirjo – Äimälä, Anna-Mari (toim.) 2007: Kättilötyö. Edita: Helsinki. Sivut 206-209.
- Raussi-Lehto, Eija 2007: Syntymän hoidon tarve. Teoksessa Paananen, Ulla – Pietiläinen, Sirkka – Raussi-Lehto, Eija – Väyrynen, Pirjo – Äimälä, Anna-Mari (toim.) 2007: Kättilötyö. Edita: Helsinki. Sivut 209-232.
- Raussi-Lehto, Eija 2007: Syntymän hoidon toteutus. Teoksessa Paananen, Ulla – Pietiläinen, Sirkka – Raussi-Lehto, Eija – Väyrynen, Pirjo – Äimälä, Anna-Mari (toim.) 2007: Kättilötyö. Edita: Helsinki. Sivut 236-267.
- Rautaparta, Malla 2003: Kantamisen kausi. Aika raskaudesta sylihoitoon. Tammi: Hämeenlinna.
- Saarikoski, Seppo 1992: Synnytysopin perustiedot. Legekustannus Oy.
- Saisto, Terhi 2001: Obstetric, psychological and pain-related background, and treatment of fear of childbirth. University of Helsinki. Department of Obstetrics and Gynecology. Väitöskirja. Helsinki.
- Sandall, Jane 2004: Promoting normal birth: weighing the evidence. Teoksessa Downe, Soo (toim.) 2004: Normal birth. Evidence and debate. Churchill Livingstone Elsevier.
- Sariola, Anna – Haukkamaa, Maija 2004: Normaali synnytys. Teoksessa Ylikorkala, Olavi – Kauppila, Antti (toim.) 2004: Naistentaudit ja synnytykset. Kustannus Oy Duodecim: Keuruu. Sivut 325-335.
- Soiva, Keijo 1977: Synnytysopin oppikirja kättilöille. WSOY: Porvoo.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2007: Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintasuunnitelma 2007-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:17. Yliopistopaino: Helsinki.
- Suomen Kättilöliitto 2008: Synnytykset medikalisoitumassa - erilaisten synnytysinterventtioiden määrä kasvamassa. Kannanotto. Kättilöpäivät 5-6.5.2008. Verkko-dokumentti. <<http://www.suomenkatiloliitto.fi/kannanotto.pdf>> Luettu 22.9.2009.

- Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2009: Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi: Jyväskylä.
- Uotila, Jukka 2007: Riskiraskauden ennakointi. Teoksessa Paananen, Ulla – Pietiläinen, Sirkka – Raussi-Lehto, Eija – Väyrynen, Pirjo – Äimälä, Anna-Mari (toim.) 2007: Kätilötyö. Edita: Helsinki. Sivu 333.
- Uotila, Jukka – Tuimala, Risto 2004: Synnytyshäiriöt. Teoksessa Ylikorkala, Olavi – Kauppila, Antti (toim.) 2004: Naistentaudit ja synnytykset. Kustannus Oy Duodecim: Keuruu. Sivut 480-487.
- Vallimies-Patomäki, Marjukka 2007: Raskaus ja synnytys tutkimuksen valossa. Teoksessa Paananen, Ulla – Pietiläinen, Sirkka – Raussi-Lehto, Eija – Väyrynen, Pirjo – Äimälä, Anna-Mari (toim.) 2007: Kätilötyö. Edita: Helsinki. Sivut 59-74.
- Viisainen, Kirsi 2000: Choices in birth care. The place of birth. Helsingin yliopisto. University of Helsinki. Faculty of Medicine. Department of Public Health. STAKES research report 115. Gummerus: Saarijärvi. Väitöskirja.
- Vuori, Hilkka-Liisa – Laitinen, Marjaana 2005: Synnytyslaulu. Rentouttava äänenkäyttö synnytyksessä ja raskauden aikana. Edita: Helsinki.
- Yerby, Margaret 2000: Pain in Childbearing. Key issues in Management. Baillière Tindall: London.

Liite 1. Tiedonhakupöytäkirja

Tietokanta	Käytetyt hakusanat	Hakutulokset	Hyväksytty otsikon mukaan (yhteensä koko tietokannasta)	Hyväksytty abstraktin mukaan (yhteensä koko tietokannasta)	Hyväksytty kokotekstin mukaan (yhteensä koko tietokannasta)
CINAHL	childbirth experience; childbirth satisfaction; childbirth AND satisfaction; birth satisfaction; childbirth AND self-efficacy; childbirth AND self management; childbirth AND management	101 19 346 7 67 2 639	14	12	11
MEDIC	synnytys kokemus (1998-)	123	2	2	2

Liite 2. Tutkimusaineistotaulukko

Tekijä(t)	Otsikko	Vuosi	Maa	Otos	Menetelmä	Keskeiset tulokset
Hodnett, Ellen D. – Gates, Simon – Hofmeyr, G. Justus – Sakala, Carol	Continuous support for women during childbirth. Julkaistu: The Cochrane Collaboration. The Cochrane Library 2009 1.	2009	Kanada, Iso-Britannia, Etelä-Afrikka, USA	Cochranen raskaus ja synnytys -ryhmän tutkimusrekisteri, tutkimukset käsittävät yhteensä 13 391 synnyttäjää.	Kirjallisuuskatsaus, mukana 16 julkaistua sekä julkaisematonta satunnaistettua tutkimusta.	Synnytyksen aikainen jatkuva sosiaalinen tuki oli yhteydessä - kivunlievitykseen: vähäinen tai ei lainkaan - vähemmän instrumentaalisia ulosauttoja - pienempi keisarileikkauksen todennäköisyys - korkeampi tyytyväisyys synnytykseen - myönteisempi synnytyskokemus - suurempi spontaanin alatiesynnytyksen todennäköisyys - hieman lyhyempi synnytyksen kesto - vähäisemmät kivut synnytyksen aikana
Mäki-Kojola, Tiina	Naisten kokemuksia synnytyksestä ja vaihtoehtoisten hoitomuotojen käytöstä Tampereen yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta, hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkimus	2009	Suomi	Synnytyksessä vaihtoehtoisia hoitomuotoja käyttäneet naiset, n=7. Kokemuksia vaihtoehtoisista synnytyskivun hoitomuodoista, valitaan johtaneita tekijöitä ja vaihtoehtoisten hoitomenetelmien merkitystä synnytyskokemukseen.	Laadullinen lähestymistapa. Aineisto kerättiin avointa haastattelumenetelmää käyttäen yhden sairaalan synnyttäjistä vapaaehtoisella haulla. Menetelmänä induktiivinen sisällönanalyysi.	Vaihtoehtoiset hoitomuodot koettiin: - voimaa ja tukea antavina - positiivisena, eheyttävänä - lääkkeettömyys turvallisena ja luonnollisena, myös ristiriitaisena koetun kivun takia - itseluottamusta ja arvokkuuden tunnetta tuovana - itse hallitsi synnytystä - toipuminen hyvää Äidit tyytyväisiä synnytyskokemukseen, ylpeys onnistumisesta, yleinen tyytyväisyys.

Liite 2. Tutkimusaineistotaulukko

Hollins Martin, Caroline J.	Birth planning for midwives and mothers. Julkaistu: British Journal of Midwifery 2008 16(9): 583-587	2008	Iso-Britannia		Yksinkertainen synnytys-suunnitelmakaavake kättilöiden täytettäväksi. Synnytyksen jälkeen he saattoivat vertailla synnytyksen todellista kulua synnytyssuunnitelmaan.	Synnytyssuunnitelma auttaa kättilöä selvittämään etukäteen synnyttäjän toiveet, odotukset, näkemykset. Tämä helpottaa synnyttäjän tarpeiden ja toiveiden kohtaamista.
Remer, Molly	Satisfaction with birth Julkaistu: International Journal of Childbirth education 2008 23(3): 13-16	2008	USA		Vastine The American College of Obstetricians and Gynecologistsin julkaisulle aiheesta kodin valitseminen synnytyspaikaksi.	Hyvä synnytyskokemus on tavoittelemisen arvoinen ja sen mahdollistaminen edistää syntyneen vauvan hyvinvointia. Kipu ei välttämättä heikennä synnytyskokemusta. Synnyttäjän kokemus tulee huomioida.
Sandin-Bojö, Ann-Kristin – Wilde Larsson, Bodil – Hall-Lord, Marie-Louise	Women's perception of intrapartal care in relation to WHO recommendations. Julkaistu: Journal of clinical nursing 2008 17:2993-3003	2008	Ruotsi	138	Kyselytutkimus	Suurin osa synnyttäjistä koki saavansa WHO:n luokituksen mukaan hyvää, suositeltavaa hoitoa synnytyksen aikana. Tosin joitakin epäasiallisiksi tai haitallisiksi todettuja interventioita on edelleen käytössä (esim. ktg-seuranta, toistuvat sisätutkimukset, infuusio ilman akuuttia tarvetta).
Tiedje, Linda Beth – Price, Elizabeth	Childbirth is changing – what now? Julkaistu: Journal of Maternal Child Nursing 2008 33 (3): 144-150.	2008	USA	Fokusryhmässä 12. Tutkittiin synnyttäjien kokemuksia, ideoita, asenteita ja mielipiteitä hoidostaan ennen synnytystä ja synnytyksessä taustalla yhteiskunnalliset muuttuneet synnytyksenhoitomallit.	Rajatun ryhmän laadullinen tieto analysoituna vakiovertailulla.	Kolme teemaa nousi synnyttäjien kokemuksista: luottamus, tieto, hallinta. Tulokset vahvistavat synnytyshoidossa tapahtuneiden hoitomallien muuttuneen pois luonnollisesta, lääkkeettömästä synnytyksestä. Tulokset vahvistavat synnyttäjien haluavan hoitoonsa kuuluvan sekä huipputeknologiaa että kosketusta.

Liite 2. Tutkimusaineistotaulukko

Werkmeister, Gail – Jokinen, Mervi – Mahmood, Tahir – Newburn, Mary	Making normal labour and birth in reality – developing a multi disciplinary consensus Julkaistu: Midwifery 2008 24: 256-259	2008	Iso-Britannia	MCWP (=Maternity Care Working Party) määritteli yhteenvedon. Käytännöllinen määritelmä perustuu äitiyshuollon tilastoista kerättyyn, useimmiten täydellisiin tietoihin.	Sisäänotto- ja poissulkukriteerit rajaavat määritelmän relevantiksi ja on yhtenevä nykyisin normaalina pidettävän kättilötyön käytänteiden kanssa. Määritelmä on synnytysprosessin mittari, ei synnytyksen tuloksen mittari.	Määritelmä auttaa lisäämään tietoisuutta siitä, mitä on normaali synnytys ja minkä vuoksi normaalisyntysten määrä on merkitsevä. Synnytyshoidossa käytettäviä menettelytapoja, joiden tiedetään nostavan todennäköisyyttä lääketieteellisille interventioille, tulisi välttää aina kun se on mahdollista.
de Jonge Ank – Rijnders Marlies E.B. – van Diem Mariet Th. – Scheepers Peer L.H. – Lagro-Janssen Antoine L.M.	Are there inequalities in choice of birthing position? Sociodemographic and labour factors associated with the supine position during the second stage of labour Julkaistu: Midwifery 2009 25: 439-448	2007	Hollanti	665 matalan riskin synnyttäjää, joita hoidettiin kättilöjohtoisesti	Retrospektiivinen joukotutkimus. Tutkimus vahvistaa, mitkä tekijät ovat yhteydessä synnytyksen 2. vaiheen aikana ja synnytysessä valittuihin asentoihin.	Makuuasennossa koko 2. vaiheen ajan olleiden synnyttäjien määrä vaihteli huomattavasti saadun kättilötyön suhteen. Valtaosa synnyttäjistä ponnisti makuuasennossa. Vanhemmat ja koulutetummat synnyttäjät olivat epätodennäköisemmin makuuasennossa ponnistaessaan. Vanhempi ikä, korkeampi koulutus ja kotisyntyty olivat yhteydessä muihin kuin makuuasentoon. Tutkimuksen mukaan synnyttäjiä ei juuri kannusteta synnytysasennon valitsemisessa.
Rudman, Ann – El-Khoury, Bassam – Waldenström, Ulla	Women's satisfaction with intrapartum care – a pattern approach. Julkaistu: Journal of advanced nursing 2007 59 (5): 474-487	2007	Ruotsi	2605	Kyselytutkimus, toteutettu aikaisessa raskaudessa, 2kk ja vuosi synnytyksen jälkeen.	Synnyttäjän taustatekijöillä ei todettu olevan yhteyttä tyytyväisyyteen synnytyksestä. Kaikkein tyytyväisimmät olivat kuitenkin harvemmin korkeasti koulutettuja. Mielialalla oli yhteyttä synnytyskokemuksen laatuun.

Liite 2. Tutkimusaineistotaulukko

Räisänen, Sari	Lateraalisen episiotomian käyttö synnytyksen hoidossa kättilöiden näkökulmasta Kuopion yliopisto, Hoitotieteen laitos, Pro gradu -tutkielma	2007	Suomi	879 Kaikki Suomessa loka-joulukuussa 2006 hoidetut alatietyksynnytykset, ryväsotanta perusjoukosta. Aineisto kerättiin kättilöiltä kolmessa sairaalassa.	Strukturoitu kyselylomake	Sairaaloiden välillä oli suuria eroja synnytyksen hoitokäytännöissä ja episiotomian käytössä. Synnytyksen hoitokäytännöllä on yhteys episiotomian käyttöön. Ponnistusasennolla ja -vaiheen kestolla oli yhteys episiotomian käyttöön. Episiotomian yleisempään käyttöön yhteydessä olevia tekijöitä: - sairaalakäytänteet - gynekologinen ponnistusasento - imukuppisynnytys - synnytyksen käynnistäminen - ponnistusvaiheen pitkittyminen. Uudelleensynnyttäjillä epiduraalin käyttö oli yhteydessä lisääntyneeseen episiotomian käyttöön. Episiotomian ja repeämien välttämiskeinot ovat samoja. Tärkeimpiä keinoja olivat pään tulon kontrollointi, välilihan tukeminen ja sanallinen ohjaus ponnistustilanteessa.
van der Hulst, Leonie A.M. – van Teijlingen, Edwin R. – Bonsel, Gouke J. – Eskes, Martine – Birnie, Erwin - Bleker, Otto P.	Dutch women's decision-making in pregnancy and labour as seen through the eyes of their midwives Julkaistu: Midwifery 2007 23: 279-286	2006	Hollanti, Skotlanti, Iso-Britannia	625	Kyselylomake synnyttäjille ja heitä hoitaneille kättilöille.	Kättilöiden raportoina heillä on suuri vaikutus päätöksissä ohjata synnyttäjää lääkärille mutta vähemmän, kun kyse oli lääkkeellisen kivunlievityksen ottamisesta. Nuorempien synnyttäjien päätöksentekoon kättilöllä oli vaikutusvaltaa enemmän kuin vanhempiin synnyttäjiin.

Liite 2. Tutkimusaineistotaulukko

Nystedt, Astrid – Högberg, Ulf – Lundman, Berit	The negative birth experience of prolonged labour: a case-referent study Julkaistu: Journal of clinical nursing 2005 14: 579-586	2005	Ruotsi	84 tapausta, 171 verrokkia	Kyselytutkimus	Pitkittyneen synnytyksen läpikäyneet synnyttäjät kokivat synnytyksen kielteisemmin kuin normaalin synnytyksen läpikäyneet. Hoidon parantamiseksi kättilöiden tulisi huolehtia kivunlievityksestä ja helpottaa kielteisyyttä ja vaikeutta, jotka liittyvät pitkittyneeseen synnytykseen.
Ryttyläinen, Katri	Naisten arvioinnit hallinnasta raskauden aikana ja synnytyksen hoidossa. Naisspesifinen näkökulma. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos, väitöskirja	2005	Suomi	1625 Satunnaisotanta väestötietojärjestelmästä, suomenkieliset 18-44-vuotiaat vuosina 1995-2002 synnyttäneet naiset. Tarkoituksena kuvata ja selittää naisten hallintaa raskauden ja synnytyksen kontekstissa.	Kyselytutkimus. Tilastollinen kuvaus, useita analysointimenetelmiä. Avoimet kysymykset analysoitu määrällisellä sisällönanalyysillä.	Työhypoteesi: synnyttäjän hallinta muodostuu päätöksentekoon osallistumisesta, tiedon saamisesta sekä kehon ja itseluottamuksen huomioimisesta. Asetettu työhypoteesi kumoutui. Tulokset: Hallinnantunnetta synnytyksessä edistivät asiantuntijan ammattitaito, riittävä tiedonsaanti, osallistuminen päätöksentekoon, riittävä kivunlievitys, kehon ja itseluottamuksen huomiointi, varmistuminen, rauhallinen hoitoympäristö ja -tilanne. Merkittävää on asiantuntijan ja asiakkaan suhde.
Waldenström, Ulla – Hildingsson, Ingegerd – Rubertsson, Christine – Rådestad, Ingela	A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. Julkaistu: BIRTH 2004 31 (1):17-27	2004	Ruotsi	2541 3 viikon aikana kaikki Ruotsin antenataaliosastoille ilmoittautuvat naiset	Pitkittäistutkimus. Kyselylomake x 3, raskauden aikana, 2 kk synnytyksen jälkeen ja vuosi synnytyksen jälkeen.	Riskitekijöinä kielteiseen synnytyskokemukseen oli: - odottamattomiin lääketieteellisiin ongelmiin liittyvät tekijät - synnyttäjän sosiaaliseen elämään liittyvät tekijät - synnyttäjän tunteisiin ja tunteuksiin synnytyksen aikana liittyvät tekijät - tekijät, joihin hoitohenkilökunnalla oli helppo vaikuttaa

Liite 2. Tutkimusaineistotaulukko

Goodman, Petra – Mackey, Marlene C. – Tavakoli, Abbas S.	Factors related to childbirth satisfaction. Julkaistu: Journal of Advanced Nursing 2004 46 (2): 212-219	2003	USA	60	McGill Pain Questionnaire, Labor Agency Scale, Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale ja taustakysely.	Synnyttäjien tyytyväisyyteen synnytyksen suhteen vaikutti: - kipu - henkilökohtainen hallinta, - toteutuneet odotukset - taustatekijät - tyytyväisyys suoriutumiseen - kumppanin läsnäolo Henkilökohtainen hallinta näyttää olevan yhteydessä hallintaan ja suhteeseen tukihenkilön ja hoito-henkilökunnan kanssa. Synnyttäjät, joiden odotukset synnytyksen suhteen täyttyivät, jotka olivat käyneet synnytysvalmennuksessa, olivat korkeammin koulutettuja ja töissä, kokivat synnytyksen yleisesti tyydyttävämpänä.
Hicks, Carolyn – Spurgeon, Peter – Barwell, Fred	Changing childbirth: a pilot project Julkaistu: Journal of Advanced Nursing 2003 42 (6), 617-628	2003	Iso-Britannia	200 synnyttäjää; 100 tutkimusryhmässä, 100 verrokkiryhmässä	Kaksi ryhmää, tutkimus- ja verrokkiryhmä. Tutkimusryhmää varten muodostettiin kätilöiden ryhmä, joka seurasi synnyttäjän raskautta ja hoiti synnytyksen. Kätilöt olivat tavoitettavissa ympäri vuorokauden. Vastaukset kerättiin kyselylomakkeilla synnytyksen jälkeen.	Tutkimusryhmän synnyttäjät kokivat hoidon jatkuvuuden selkeästi paremmaksi. He olivat tyytyväisempiä saamaansa hoitoon ja olivat tietoisempia valinnanmahdollisuuksistaan. Tuttu kätilö koettiin positiivisena. Lisäksi tutkimusryhmän synnyttäjät tarvitsivat harvemmin epiduraalipuudutusta kivunlievitykseksi.

Liite 2. Tutkimusaineistotaulukko

Melender, Hanna-Leena	Feelings of fear and security associated with pregnancy and childbirth. Experiences reported before and after childbirth. Turun yliopisto, väitöskirja	2002	Suomi	Vaihe I: 20 synnyttänyttä, 20 raskaana olevaa. Muodostetaan kyselylomake vaiheeseen II. Vaihe II: 329 raskaana olevaa.	2-osainen laadullinen tutkimus Vaihe I a ja b: puoli-strukturoitu haastattelu, analysointi sisällönanalyysillä. Vaihe II: kyselylomake, analysointi tilastoanalyysillä.	Kaikki pelot ilmenivät useammin ensisynnyttäjillä. Tärkein pelon aihe liittyi hallintaan ja elektiiviseen keisarileikkaukseen sekä työttömyyteen. Pelot ilmenivät muun muassa stressioireina, jokapäiväiseen elämään vaikuttavina tekoina ja toiveena saada sektio. Pelkojen syitä löytyi tutkimuksessa useita. Turvallisuus ilmeni muun muassa mielen tasapainona, järjestyksenä, orientaationa ja harmittomuutena. Turvallisuutta luovia elementtejä olivat sosiaalinen tuki, tieto, synnytystä edeltävät hoitokokemukset, puolison tuki, toimeentulo ja myönteiset kertomukset.
Piensoho, Tuula	Äitiyden alkumetreit. Naisten raskaudelle ja synnytykselle antamat merkitykset ja oppimiskokemukset. Helsingin yliopisto, kasvatustieteen laitos, väitöskirja.	2001	Suomi	167 Vastaajat kerätty lehtien yleisönosastoihin lähetettyjen pyyntöjen avulla. 3 naisten ja 5 sanomalehteä julkaisi pyynnön. Vastauksia synnytyskokemuksista: 1930-luvulla 8 kpl, 1940-luvulla 18 kpl, 1950-luvulla 17 kpl, 1960-luvulla 22 kpl, 1970-luvulla 50 kpl, 1980-luvulla 50 kpl, ei tietoa 2 kpl.	Laadullinen tutkimusote. Tutkimusaineistona naisten kirjoittamat kertomukset raskausajoista ja synnytyksistä, synnytyskertomuksia pyydettiin erityisesti 1970-80-luvuilta.	Myönteinen synnytyskokemus oli yhteydessä synnyttäjän saamaan sosiaaliseen tukeen ja mahdollisuuksiin osallistua. Kriittisyys vallitsevia käytänteitä kohtaan oli lisääntynyt. Osallistumisen rajoittaminen hoitoa koskevassa päätöksenteossa vähensi tyytyväisyyttä. Synnyttäjä kokee usein avuttomuutta ja turvattomuutta. Synnyttäjän itsemääräämisen tunnetta tukevat hoitohenkilökunnan myönteinen suhtautuminen, ympäristön sallivuus, synnyttäjän toiveiden tunteminen ja toteuttaminen. Tiedonsaanti, toimintatapojen ennalta sopiminen, kättilön ja/tai puolison läsnäolo, yksilöllinen ja roh-

Liite 2. Tutkimusaineistotaulukko

						kaiseva suhtautuminen äitiin, mielipiteen huomioiminen ja mahdollisuus keskustella kättilön kanssa lisäävät synnyttäjän itsemääräämisoikeutta.
Sadler, Lynn C. – Davison, Tracey - McCowan, Lesley M. E.	Maternal satisfaction with active management of labor: A randomized controlled trial. Julkaistu: BIRTH 2001 28 (4): 225-235	2001	Uusi-Seelanti	651 synnyttäjää, joista 320 aktiivisen hoidon ryhmässä ja 331 rutiinihoitoa saaneiden ryhmässä. Valituista synnyttäjistä 482 palautti kyselylomakkeen.	Kyselylomake	Tyytyväisyys synnytykseen oli korkea, 77 %. Merkittävää eroa ryhmien välillä ei ilmennyt. Aktiivinen synnytyksen hoito ei vaikuttanut haitallisesti synnyttäjien synnytystyytyväisyyteen. Synnytystyytyväisyydellä oli itsenäinen yhteys seuraaviin: riittävä kivunlievitys, henkilökohtainen kättilötyö, riittävä tiedonsaanti ja henkilökunnalta saadut selostukset, synnytyksen keston tarkka odotuspituus, ei synnytyksenjälkeistä verenvuotoa ja vähemmän kuin kolme sisätutkimusta synnytyksen aikana.
Tarkka, Marja-Terttu – Paunonen, Marita – Laippala, Pekka	Importance of the Midwife in the First-time Mother's Experience of Childbirth. Julkaistu: Scandinavian Journal of Caring Science. 2000 14: 184-190.	2000	Suomi	326 ensisynnyttäjää	Kyselylomake	Kättilön persoonallisuuspiirteillä, käyttäytymisellä ja ammattitaidolla oli merkitystä synnyttäjän synnytyskokemuksen muodostumisessa. Vuorovaikutustaidot ja kyky kohdata perhe koettiin tärkeänä. Kättilöltä saatu emotionaalinen ja konkreettinen tuki vaikuttivat synnytyskokemuksen laatuun. Tärkeimpiä luonteenpiirteitä olivat empaattisuus, ystävällisyys, lempeys, valppaus, rauhallisuus ja ammatillisuus. Myös isän suhtautumisella raskauden oli merkitystä synnytyskokemuksen kannalta.

Liite 2. Tutkimusaineistotaulukko

Vehviläinen, Katri H.	Äidit liukuhihnalla. Medikalisaatio, äitiyshuollon palvelujärjestelmä ja naisten kokemukset. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos, lisensiaatintutkimus. Osa Stakesin "Perhesuunnittelupalvelut Suomessa" –projektia.	2000	Suomi	384 (Stakesin väestökysely 18-44-v. naiselle, vastauksia 2189) 1985-1994 synnyttäneet	Kirjalliset, kielteiset hoitokokemukset analysoitiin laadullisella sisällön erittelyllä.	Medikalisaatio ilmeni synnytyksen hoidossa naisen objektivointina ja asiantuntijan valtana: - työntekijätasolla asiantuntijan vallankäyttönä ja synnyttäjän kokemuksellisen tiedon syrjäytymisenä - tilannetasolla nainen oli toimenpiteiden ja hoidon kohteena.
McCrea, B. Hally – Wright, E. Marion	Satisfaction in childbirth and perceptions of personal control in pain relief during labour Julkaistu: Journal of Advanced Nursing 1999 29 (4): 877-884	1999	Pohjois-Irlanti	100 synnyttäjää: 50 ensisynnyttäjää, 50 uudelleen-synnyttäjää, jotka olivat synnyttäneet alateitse.	Kyselylomake takautuvasti 48 tunnin sisällä synnytyksestä.	Suurin osa synnyttäjistä odotti synnytyksen olevan kohtalaisen kivulias ja kivun olevan erilaista kuin kuukautiskipu. Synnyttäjät kokivat hallinneensa kivunlievityksen valintaa ja että he yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa kykenivät pitämään kivut hallinnassa sopivalla kivunlievityksellä. Tutkimuksessa todettiin merkittävä yhteys kivunlievitykseen liittyvän tyytyväisyyden ja hallinnantunteen välillä.
Waldenström, Ulla	Experience of labor and birth in 1111 women. Julkaistu: Journal of Psychosomatic research 1999 47 (5): 471-482	1999	Ruotsi	1111	Kyselylomake alkuraskaudessa ja 2 kk synnytyksen jälkeen.	Synnyttäjien synnytyskokemukseen vaikutti synnytyksen aikana koettu pelko, hallinnan tunne, kättilön antama psykososiaalinen tuki ja kipu. Lääkkeellinen kivunlievitys ja lääketieteelliset interventiot olivat yhteydessä kielteiseen synnytyskokemukseen. Pariteetilla oli myös vaikutusta, ensisynnyttäjät kokivat synnytyksen kielteisemmäksi. Myönteiset odotukset synnytyksestä raskauden aikana ennakoivat myönteistä synnytyskokemusta,

Liite 2. Tutkimusaineistotaulukko

						odotuksilla kivusta ei ollut merkittävää yhteyttä synnytyskokemukseen .
McCourt, Christine – Page, Lesley – Hewison, Jenny – Vail, Andy	Evaluation of One-to-One Midwifery: Women's Responses to Care Julkaistu: BIRTH 1998 25 (2): 73-80	1998	Iso-Britannia	Tutkimusryhmä 728 synnyttäjää, jotka saivat henkilökohtaista hoitoa kätilöltä; verrokki-ryhmä 675 synnyttäjää, joita hoidettiin tavanomaisesti. Henkilökohtaisen kätilön hoito-malli esiteltiin äitiyshuollossa 1993 ja otettiin käyttöön Englannissa.	Pitkittäistutkimus. Itsetäydennettävä kyselylomake, haastattelut, verrokkiryhmä. Tekstianalyysi, määrällinen ja laadullinen menetelmä.	Tyytyväisyys ennen synnytystä saatuun ja synnytysenaikaiseen hoitoon oli yleisesti korkea. Tutkimusryhmän vastaajat osoittivat myönteisempiä vastauksia yleisesti.
Vallimies-Patomäki, Marjukka	Synnytys naisen ja miehen kokemana. Tutkimus hoitokäytäntöjen yhteyksistä synnytystapaan ja synnytyskokemukseen. Kuopion yliopiston julkaisu- ja E. Yhteiskuntatieteet 64.	1998	Suomi	595 naista, 316 miestä.	Kyselytutkimus	Kätilöltä saadulla tuella ja tiedolla oli merkitystä synnytyskokemuksen muodostumisen kannalta. Synnyttäjän psyykkiset tekijät, pelko ja ahdistus, vaikuttivat taustatekijöinä synnytyksen kokemiseen. Toimenpiteet, kuten epiduraalipuudutus, olivat yhteydessä kielteiseen synnytyskokemukseen. Liikkuminen, oma-aloitteisuuteen tukeminen ja hallinnantunne koettiin merkittävänä synnytyskokemuksen muodostumisessa. Kätilön läsnäolo oli tärkeää.

Liite 3. Luokittelutaulukko

pelkistetyt ilmaukset	alaluokat	yläluokat
synnyttäjän aiempien synnytyskokemusten huomiointi synnyttäjän taustatekijöiden huomiointi synnyttäjän etukäteisodotusten realisoiminen ja realististen odotusten täyttäminen	synnyttäjän taustatekijät	synnyttäjän taustatiedot
synnyttäjän luonteenpiirteiden huomiointi itseluottamuksen huomiointi mielialan, mielipiteiden ja fyysisten tarpeiden huomiointi synnyttäjän toiveiden ja tunteiden huomiointi	synnyttäjän persoonallisuus	
persoonallisuuspiirteet jämäkkyys taito kommunikoida kyky kohdata perhe tärkeitä luonteenpiirteitä: empatia, ystävällisyys, lempeys, tyyneys, valppaus, rauhallisuus, ammatillisuus	kätilön persoonallisuuteen liittyvät tekijät	kätilön henkilökohtaiset ominaisuudet
kätilön käytös hyväksyvä kehonkieli kätilön suvaitseva asenne kunnioittava kohtelu hienotunteinen kohtelu asiallinen kohtelu ammatillisuus	kätilön käyttäytyminen	

Liite 3. Luokittelutaulukko

<p>kättilön ammattitaito</p> <p>asiantuntijan varma toiminta, taitavuus</p> <p>lempeät, pehmeät otteet</p>	<p>kättilön ammattitaito</p>	
<p>synnyttäjän toiveiden, näkemysten, päämäärien, arvojen kunnioittaminen, arvostaminen</p> <p>synnytysprosessiin osallistaminen, aktivointi</p> <p>iästä riippumaton osallistaminen</p> <p>kuunteleminen</p> <p>äidin tuntemusten todesta ottaminen</p> <p>useiden sisätutkimusten välttäminen</p> <p>työergonomiasta tinkiminen synnyttäjän mukavuuden vuoksi</p> <p>mukavuudesta ja hyvinvoinnista huolehtiminen</p>	<p>synnyttäjän huomioiminen ja osallistaminen</p>	<p>kättilötyön keinot</p>
<p>äänenkäytön salliminen</p> <p>aito läsnäolo</p> <p>liikkumisen salliminen</p> <p>emotionaalinen tuki</p> <p>konkreettinen tuki</p> <p>kokonaisvaltainen tuki</p> <p>kannustaminen</p>	<p>synnyttäjän tukeminen</p>	
<p>asianmukaisen kivunlievityksen tarjoaminen</p> <p>riittävä kivunlievitys</p>	<p>synnyttäjän kivun lievittäminen</p>	

Liite 3. Luokittelutaulukko

vaihtoehtoisten lääkkeettömien kivunlievityskeinojen tarjoaminen		
avautumisvaiheen asento- ohjaus pääntulon kontrollointi, sanallinen ohjaus, välilihan tukeminen episiotomian välttämiseksi vaihtoehtoihin ponnistusasentoihin ohjaaminen	synnyttäjän ohjaaminen	
kokonaisvaltainen hoito synnytyskeskustelun käyminen kumppanin huomioiminen hoidon jatkuvuus luottamuksen rakentaminen henkilökohtainen luottamuksellinen hoitosuhde etukäteen asioista sopiminen, hoidon suunnittelu kokonaisvaltaisen synnytyskokemuksen mahdollistaminen	kokonaisvaltainen hoito	hyvä synnytyksen hoito
synnytyksen vauhdittamisen välttäminen ellei lääketieteellistä syytä synnyttäjän tuntemusten mukaan eteneminen toimenpiteiden välttäminen	toimenpiteiden välttäminen	
joustava asiantuntijavallan käyttö odotuttamisen välttäminen	asiantuntija-aseman käyttö	hallinnantunteen vahvistaminen

Liite 3. Luokittelutaulukko

<p>kiperissä tilanteissa "ohjien ottaminen" hetkellisesti</p> <p>ristiriitojen välttäminen ohjauksessa ja moniammatillisessa hoidossa</p> <p>hoitokäytännöistä riippumaton ohjaus</p> <p>synnyttäjää ei jätetä yksin</p> <p>rutiininomaisuuden välttäminen</p> <p>aikarajojen, pakkotahtisuuden välttäminen</p> <p>hoitokäytännöistä joustaminen</p> <p>kätilöllä aikaa synnyttäjälle</p> <p>aktiivisen puuttumisen välttäminen</p> <p>kätilöä kohden vain yksi synnyttäjä</p>		
<p>selkeät ohjeet</p> <p>tilanteen tasalla pitäminen</p> <p>tilannekartoitus riittävän usein</p> <p>riittävä tiedonanto</p> <p>tarjotut, ohjatut kivunlievitysmenetelmät</p> <p>avoin keskustelu</p>	tiedon antaminen	
<p>valinnanmahdollisuuksien tarjoaminen</p> <p>keskustelumahdollisuuden tarjoaminen</p> <p>hallinnantunteen vahvistaminen</p>	päätöksentekoon osallistaminen	

Liite 3. Luokittelutaulukko

osallistaminen hoitoa koskevaan päätöksentekoon		
yhteinen päätöksenteko		
rauhallinen hoitoympäristö	fyysinen ympäristö	synnytysympäristö
kodikkuuden tunteen luominen, vierauden poistaminen		
kätilön tapaaminen ennen synnytystä		
turhan melun välttäminen		
turvallisuudentunteen luominen	ilmapiiri	
pelkojen lievittäminen		
luottamus kätilöön		
leppoisa, levollinen, rento ilmapiiri		
hyväksyvä ilmapiiri tunteiden ilmaisulle		
positiiviseksi koettu kätilö		